# BULLETIN GÉNÉRAL

DE

# THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD DES BATIGNOLLES, 7.

# BULLETIN GÉNÉRAL

DE

# THÉRAPEUTIQUE

## MÉDICALE ET CHIRURGICALE

---

### RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

**PAR LE DOCTEUR DEBOUT,**

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

---

TOME CINQUANTE-HUITIÈME.




PARIS
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, EDITEUR,
RUE THÉRÈSE, N° 4.

1860



# BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### De l'expérimentation en matière de thérapeutique.

Sennebier, dans un ouvrage sur l'art d'observer qu'on ne lit pas assez, résume de la manière suivante sa pensée sur l'étendue et les limites de l'observation et de l'expérience dans l'étude de la nature. « L'étude de la nature, dit-il, se borne à observer les faits avec attention, à les soumettre au creuset de l'expérience, à les dénaturer pour en faire l'analyse, à les reproduire pour vérifier les procédés employés, à les rassembler pour trouver leurs rapports, à les classer pour réunir ceux qui sont analogues, à graduer leur importance pour remarquer ceux qui sont la clef des autres, à les lier entre eux, et à saisir enfin l'expression des phénomènes que la nature place sous nos sens. » C'est bien là le double office de l'observation et de l'expérience en médecine, comme dans les autres sciences, avec cette différence, toutefois, qu'il faut constater immédiatement, c'est qu'en médecine l'observateur ou l'expérimentateur se trouvent en présence de la vie, qui impose certaines limites infranchissables à l'observation, et surtout à l'expérience. Il est évident que ces restrictions que la nature même des choses impose au médecin, lorsqu'il s'agit d'observation et principalement d'expérimentation, doivent rendre plus laborieuse et plus difficile la solution des innombrables questions qui se posent dans cette science. Son développement progressif, comparé à celui des sciences collatérales, en doit être retardé : mais le médecin doit se soumettre à cette loi, aucune considération ne saurait l'en affranchir. Les expériences sont dangereuses en médecine, dit Galien, en raison de la matière sur laquelle elles s'exercent; cette matière n'est pas du cuir, du bois, de la brique, c'est le corps de l'homme.

Mais c'est là uniquement le côté moral de la question, et celle-ci

peut encore être envisagée sous une autre face. Est-ce donc une chose si simple que l'observation, et surtout l'expérimentation en médecine, que tous aient conquis avec leur diplôme le droit d'instituer des expériences et d'en tirer des conclusions applicables à la thérapeutique? Vous dites que vous avez vu, dit excellemment à cet égard Bordeu, mais de quel droit avez-vous vu, comment avez-vous vu, qui vous dit que vous avez vu? C'est qu'en effet, quand il s'agit de l'organisme vivant, surtout dans l'ataxie de la souffrance, si l'on veut bien nous permettre l'emploi de ce mot dans un sens tout métaphorique, quand il s'agit, disons-nous, de l'organisme souffrant, les phénomènes qui surgissent sont si compliqués, si mêlés, qu'il faut une haute sagacité pour en saisir le sens, pour y reconnaître le mobile primitif, ceux qui sont la clef des autres, comme disait tout à l'heure le savant ami de Spallanzani, et que cela ne s'acquiert, quand cela s'acquiert, qu'après une longue et laborieuse étude. A ce point de vue essentiellement pratique, la tradition de la science prudemment interrogée demeure toujours la base essentielle de la thérapeutique : et la raison en est simple, c'est que cette tradition est le produit accumulé d'observations, d'expériences dont les conclusions ont pu être mêlées à des scories sans valeur, mais au fond desquelles il y a des vérités qui ne se sont jamais perdues.

Ces réflexions nous ont été naturellement inspirées par quelques tentatives expérimentales en thérapeutique, dont l'année qui vient de s'écouler a été témoin, et où cette circonspection, cette mesure que nous voudrions toujours voir dans ces sortes d'études ont quelque peu brillé par leur absence. Qu'on nous permette de nous arrêter un instant sur quelques-unes de ces tentatives qui ont manqué, suivant nous, de la prudence dont il ne faut jamais se départir en pareille matière, pour que les conclusions qu'on vient à en tirer ne soient pas dépourvues de toute valeur réelle. On a beaucoup parlé dans ces derniers temps de l'inhalation de l'éther quinique dans le traitement des fièvres intermittentes. D'abord, toutes les fois qu'il s'agit de cette modalité pathologique si nettement définie, et telle qu'on l'observe dans certaines conditions, et en dehors de tout foyer d'impaludation permanente, avant de tirer des conclusions affirmatives d'expérimentations thérapeutiques instituées pour la combattre, il y a là une circonstance capitale, qu'il ne faut pas oublier, c'est que ces fièvres, en de telles conditions, ont une tendance marquée à disparaître spontanément : le repos, un régime meilleur, une vie plus régulière y suffisent souvent. C'est là probablement tout le secret de l'efficacité d'une foule d'ar-

canes introduits dans le traitement de cette maladie, et dont quelques-uns sont restés dans l'arsenal pharmaceutique toujours ouvert de la science populaire. Nous ne prétendons pas apprendre ces choses simples aux introducteurs de la nouvelle méthode dont il est ici question : c'est une simple remarque que nous faisons, et qui est toute dans l'intérêt de la rigueur des recherches thérapeutiques considérées d'une manière abstraite. Mais il y avait de plus graves objections à faire à cette méthode. Nous avons, en effet, fait observer que l'éther quinique véritable manquait de la qualité nécessaire pour que ce produit médicamenteux pût être employé en inhalations : qu'il n'était pas volatile ; que les éthers ne participent en rien des propriétés thérapeutiques des acides qui ont servi à les préparer ; enfin, que l'acide quinique ne jouit d'aucune vertu antipériodique. On voit qu'une seule de ces circonstances suffisait pour réduire à néant les prétentions des expérimentateurs italiens. Il en a été de même d'un médicament autour duquel on a fait beaucoup de bruit, nous voulons parler du valérianate d'ammoniaque : ce médicament devait être comme la thériaque des affections nerveuses. Il n'attendait plus que son Bordeu pour être célébré suivant sa haute valeur et son infaillible efficacité ; mais aujourd'hui il l'attend encore. Là aussi domine une question de chimie. Ce n'est pas que nous ne reconnaissions très-volontiers qu'un pharmacien aussi modeste qu'instruit, M. Pierlot, n'ait en partie dissipé les doutes que nous élevâmes tout d'abord sur la fixité de composition du produit nouveau ; mais il en reste encore dans beaucoup de bons esprits ; et, d'ailleurs, ce médicament a-t-il réalisé toutes les promesses que tout d'abord on fonda sur lui ?

A surfaire ainsi la valeur des choses de thérapeutique, on nuit bien plus à l'art qu'on ne le sert. Et sans le vouloir, bien sûrement, on donne des armes au scepticisme, et la médecine est exposée à perdre le peu de dignité qui lui reste. Nous pourrions beaucoup étendre ces remarques : nous aimons mieux citer un simple fait qui montrera plus clairement que tout ce que nous pourrions dire, avec quelle mesure et quelle circonspection il faut mener les expérimentations thérapeutiques avant de conclure. Le professeur Chomel, de si regrettable mémoire, avait, sur la foi de je ne sais plus quel journal anglais, institué, à l'Hôtel-Dieu, des expériences en vue de vérifier l'efficacité des chlorures dans le traitement de la fièvre typhoïde. Or, le hasard, cet *incognito* des lois de la nature, fit qu'il tomba sur une série de faits où tous les malades, ou à peu près, guérirent. Le voilà donc enfin trouvé ce spécifique tant cherché, ce

spécifique qu'avaient poursuivi de leurs ardentes recherches tant d'infatigables travailleurs : mais attendez, avant de monter au Capitole pour remercier les Dieux, attendez... Ce fut sagesse, en effet, car dans une seconde série d'expériences, dans une troisième série d'expériences, les choses n'allèrent plus ainsi : il sembla, au contraire, que certains symptômes s'aggravaient sous l'influence de la méthode nouvelle : en somme, les malades n'en guérissaient pas mieux, et ils en mouraient un peu plus vite peut-être. Ainsi finit cette expérimentation que tous nous saluâmes d'abord comme une magnifique espérance ; il n'en sortit rien : *desinit in piscem.* Au reste, nous nous hâtons d'ajouter que l'excellent esprit du savant professeur de clinique de la Faculté de médecine de Paris ne contribua en rien à cet engouement d'un jour : en face de ces succès imprévus, il s'inclina, mais tout en faisant ses réserves, et l'on voit par le résultat définitif auquel il parvint que sa judicieuse circonspection le préserva de l'erreur : une longue et laborieuse expérience lui avait depuis longtemps enseigné cette patience du jugement.

Nous voudrions que tout le monde se modelât sur cet excellent esprit : la science n'y perdrait guère, et l'art y gagnerait infiniment. L'observateur doit avoir du génie ; Sennebier, dont nous parlions au commencement de cet article, ne craint pas de donner ce titre décourageant à l'un des meilleurs chapitres de son livre sur l'art d'observer et de faire des expériences. Dieu merci, il ne s'agit point ici de l'observation de tous les jours, car à ce prix qui oserait pratiquer la médecine? Mais il s'agit de l'observation, en tant qu'appliquée à des recherches originales, à la poursuite de rapports qui ont jusque-là échappé, qui se cachent sous l'enveloppe superficielle des choses : c'est là que le génie est nécessaire pour ne point s'égarer, pour ne point égarer. « Il faut voir, dit le savant Génevois, ce que les autres n'ont pas aperçu, pénétrer ce qu'ils ont inutilement scruté, saisir des rapports entre des objets qui semblaient en manquer, trouver des différences entre des états qu'on croyait semblables ; découvrir des causes où l'art n'aperçoit que des effets, et des lois où l'on ne distingue que des résultats. » A voir le nombre des hommes qui se donnent ainsi la mission de reculer les bornes de la science par leurs expérimentations, n'est-on pas autorisé à se demander si tous ont bien la conscience du but qu'ils poursuivent, des difficultés qu'ils affrontent, des ombres profondes au milieu desquelles ils veulent marcher ? Nous ne voulons pas résoudre cette question, nous aimons mieux nous contenter de leur donner quelques conseils, qui, s'ils les veulent bien suivre, leur

permettront de servir la science, dont ils ont à cœur la noble ambition de reculer les limites, avec plus de sécurité pour eux et avec plus de profits probables pour elle. Tenons-nous-en, dans les applications, à ce qui est démontré utile, et qui fait le fonds réel de la science contemporaine : interrogeons prudemment le passé, et tâchons d'y glaner les vérités utiles qui s'y trouvent, mêlées à l'ivraie de l'erreur ; ne mettons pas surtout la pratique à la remorque de ces inventeurs de méthodes thérapeutiques éphémères, qui passent, et ne laissent après elles que d'amères déceptions ; ne nous laissons piper surtout aux assertions tranchantes : la vérité d'ordinaire est plus modeste en ses allures. « L'esprit des anciens, dit quelque part Winkelmann (j'ajouterai : et des modernes qui font sérieusement de la science sérieuse), ne se fait sentir que dans la profondeur de leurs ouvrages, au lieu qu'à présent on met en vue tout ce que l'on a, comme un marchand prêt à faire banqueroute. » C'est qu'en effet, dirons-nous, avec l'auteur auquel nous empruntons cette citation, on ne tarde pas ordinairement à faire banqueroute, après l'étalage pompeux de cette friperie scientifique. Heureux le médecin qu'une vanité ridicule égara dès ses premiers pas dans la carrière, quand une appréciation plus saine des choses le ramène dans la voie d'une pratique honnête et consciencieuse!

Ce que nous venons de dire des chlorures dans la fièvre typhoïde, de l'éther quinique dans les fièvres intermittentes, du valérianate d'ammoniaque dans les affections nerveuses, nous pourrions, dans une certaine mesure, le dire des injections sous-cutanées médicamenteuses. Déjà dans ce journal même, et à une époque assez reculée, des expériences fort analogues à celles dont nous parlons en ce moment ont été rapportées, lesquelles, tout en conduisant à des résultats qui ne sont assurément pas à dédaigner, n'ont pas cependant résolu complétement la question qu'on s'y était hardiment posée. Suffit-il d'introduire plus avant dans la profondeur des tissus les mêmes médicaments, pour qu'un résultat bien plus décisif soit obtenu? Nous demanderons la permission d'en douter, jusqu'à ce que la démonstration en soit faite. Dans tous les cas, on ne doit pas oublier qu'à emprisonner ainsi des substances si énergiques au sein des tissus, et sans savoir trop où, comme dans l'expérience du savant professeur de Montpellier pour combattre l'asthme nerveux, qui, par parenthèse, nous a paru bien résister à la médication, on ne doit pas oublier, répétons-nous, que ces substances ne bornent pas leur action aux tissus qu'elles touchent, mais qu'absorbées et rapidement, elles peuvent aller déterminer dans les centres nerveux

de violentes perturbations qu'on ne peut à l'avance calculer [1].

Puisque nous avons touché à une médication qui, allant droit au système, peut y produire de dangereuses perturbations, nous voulons dire aussi un mot de deux autres expérimentations qui sont actuellement à l'ordre du jour, et qui, elles aussi, s'adressent aux actes vitaux qui s'accomplissent au sein de la substance nerveuse : nous voulons parler de l'hypnotisme et du curare.

Dès maintenant, on peut, nous le croyons sans être prophète, affirmer que l'expérience du docteur Braid est appelée à mettre en lumière des faits de physiologie nerveuse, de psychologie peut-être, excessivement remarquables. Nous ne pouvons donc qu'encourager de nos vœux les expérimentateurs dans une voie jusqu'ici imparcourue. Mais nous croyons devoir en même temps recommander une certaine prudence dans l'institution d'expériences qui ne sont peut-être pas toujours sans périls. Nous savons maintenant que l'éther, le chloroforme surtout, même dans les mains les plus habiles, les plus prudentes, tuent quelquefois : mais cet enseignement d'une expérience que personne aujourd'hui ne récuse, nous ne l'avions pas au début de l'emploi de ces moyens : or, ce que nous ignorions alors de l'action du chloroforme, de l'éther, aux premiers jours de leur introduction dans la thérapeutique, ne pouvons-nous pas également l'ignorer, en matière d'hypnotisme? Pour nous, nous ne pensons pas que ce soit une chose simple, que de jeter presque instantanément un homme, une femme, en catalepsie. Que se passe-t-il dans la profondeur de la trame nerveuse, dans cette expérience dont les effets se produisent si rapides, si imprévus ? Nous ne le savons pas : il ne s'y passe rien peut-être qu'une de ces modifications inconnues dans leur nature, et en vertu desquelles se produisent la veille ou le sommeil, le plaisir ou la douleur, le mouvement ou l'immobilité ; cela est possible : mais encore une fois, le savons-nous? En face de cet inconnu, une chose nous est commandée, c'est la prudence, la circonspection. Comme toujours, les faits insolites qui constituent l'hypnotisme, au lieu de ne pas franchir le seuil du domaine de la science, se sont vite répandus dans le monde, et, à l'heure qu'il est, une foule de gens peut-être s'en occupent, comme il y a quelque temps on s'occupait d'une fantasmagorie ridicule, les esprits frappeurs, les tables tournantes. Si les

---

(1) Nous redisons encore une fois que nous ne nions pas les faits annoncés ; nous sommes convaincu même qu'en cela on est dans une bonne voie, mais nous le redisons aussi : de la prudence, de la prudence !

médecins voyaient surgir autour d'eux cette ardeur d'expérimentations nouvelles que nous prévoyons, nous les engageons à refréner un peu celle-ci par quelques sages conseils, fût-ce même par un peu d'intimidation. Il y a peut-être une question d'hygiène sérieuse au fond de tout ceci : c'est aux médecins qu'il appartient de le décider, ce leur est donc un devoir de le faire. Nous ne nous étendrons pas davantage sur une question à peine mise à l'étude ; seulement, nous engageons nos lecteurs à n'aborder l'examen de cette question qu'avec une prudence et une circonspection qui en conjure les périls possibles.

Un moyen autour duquel il s'est fait encore beaucoup de bruit depuis quelque temps, c'est le curare. Dans l'état où les expériences de M. C. Bernard avaient laissé la question qui se pose à propos de cet agent énergique, il fallait peut-être un peu d'audace pour oser l'appliquer à la thérapeutique. Dans tous les cas, on l'a fait : mais quelles conclusions a-t-on eu droit de tirer jusqu'ici de ces expériences scabreuses ? Nous serions, et nous pensons que tout le monde serait fort embarrassé pour les formuler. C'est que ces expérimentations diverses péchaient toutes par un point essentiel, la détermination précise de l'agent mis en œuvre. Qu'est-ce, en effet, que le curare, tel qu'il s'en trouve quelques échantillons dans les cabinets d'un très-petit nombre de voyageurs ou de naturalistes ? C'est une substance à composition parfaitement indéterminée, et qui produit des effets fort différents suivant sa provenance. Comment en pareil cas, en vue d'étudier les effets d'une telle substance dans les maladies, instituer des expériences qui conduisent à des résultats quelque peu rigoureux ? Jusqu'ici donc, et dans l'état de la question, il n'y a aucune induction à tirer de ces faits qui sont comme non avenus. Maintenant, peut-on, des effets très-bien constatés du curare, recueilli en certaines conditions, conclure aux effets de cette substance dans certaines névroses nettement définies, dans le tétanos par exemple ? Pour nous, nous sommes convaincu que cela est impossible. Il faut donc des expériences directes ; mais peut-on faire de telles expériences ? Nous n'hésitons pas, pour nous, à répondre affirmativement à cette question : mais nous nous hâtons d'ajouter qu'il y faut procéder avec une extrême prudence, sous peine de se préparer d'amers regrets. Requin, dans sa *Pathologie*, où des idées saines se mêlent à quelques excentricités qui du reste n'ont pas nui à sa fortune scientifique, touche quelque part à la question qui fait l'objet de cet article, et, sans se prononcer d'une manière expresse, on sent

qu'il incline à autoriser cette expérimentation, dans les maladies chroniques marquées du cachet de l'incurabilité. Dans une certaine mesure, l'expérimentation, en de semblables conditions, nous paraît très-légitime, mais nous ne voudrions pourtant pas quo tous se crussent en droit d'user de cette méthode. Maladies incurables ! ce mot est bien absolu, et ne place-t-on pas sous cette rubrique certaines maladies que nous ne guérissons guère, c'est vrai, mais qui guérissent quelquefois, assez souvent même? Tout le monde comprend que nous voulons parler ici de la phthisie. Or, en présence de ce fait dont de très-nombreuses autopsies ont démontré la réalité, n'est-il pas évident qu'il faudrait au moins, dans les expérimentations qui auraient pour but d'enrayer ou d'éteindre la diathèse tuberculeuse, tenir compte de cette force cachée au fond de l'organisme vivant, et qui, dans maintes circonstances, fait ce que notre art ne sait pas faire? Il faudrait surtout ne rien tenter qui eût pour résultat d'affaiblir l'organisme, et d'éteindre par là les forces qui y sont immanentes. Pour revenir au curare, le tétanos traumatique tue toujours, dit-on; toutes les expériences y sont donc licites : reprenons un peu cet argument, décomposons-le dans ses deux termes, peut-être ensuite y verrons-nous un peu plus clair. D'abord, le tétanos traumatique tue toujours : ceci est encore un peu bien absolu ; si nous nous rappelons bien, au contraire, il nous semble que des faits, bien que rares, très rares, déposent contre cette assertion. Chacun pourra trouver de ces faits négatifs dans toutes les grandes collections cliniques; mais à supposer même que cette incurabilité fût aussi absolue qu'on veut bien le dire, s'ensuivrait-il que toute expérimentation y devînt applicable ? Nous savons beaucoup de moyens de déconsidérer la science, mais nous n'en savons de plus propres que celui de ces expérimentations excessives, à conduire à ce but. Nous concluons : expérimentons donc même avec le curare,, même dans le tétanos traumatique, mais que tout le monde ne se croie pas autorisé à tenter ces scabreuses expériences : imitons la réserve des maîtres, de M. Velpeau, par exemple ; laissons-les expérimenter : cette réserve même nous est une garantie de la solidité des résultats.

Il est encore plus d'une expérimentation qu'on a osée, et qu'on eût dû peut-être s'interdire, non parce qu'elles exposaient les malades, car elles étaient fort innocentes, mais parce qu'avec un peu de logique dans l'esprit on pouvait en prévoir les résultats complétement négatifs. Ainsi, un M. Malago, de Florence, nous signale un traitement de la teigne qui guérit en huit minutes : est-ce

qu'on expérimente l'absurde? Un médecin américain indique un moyen infaillible de conserver le vaccin : c'est de momifier les croûtes vaccinales dans la glycérine; on essaye : pure mystification, etc., etc. Mais toutes les expériences, même celles de ces derniers jours, ont-elles cette innocuité? Est-il permis, par exemple, de faire courir à un malade les chances d'une infection vénérienne par l'inoculation des accidents secondaires ou tertiaires de la syphilis? Pour nous, nous en doutons; d'abord, parce que nous ne sachions pas qu'il y ait aucune médication au monde, à l'aide de laquelle on soit sûr d'éteindre cette infection une fois produite, et ensuite, parce que le prétendu antagonisme qu'on affirme exister entre la vérole et les maladies qu'on veut combattre par elle, et dont on arguë pour oser de telles expériences, n'est nullement prouvé : d'ailleurs, l'un vaut-il mieux que l'autre? *Periissem nisi perii*. Ne réduisons jamais les malades à la pratique de cette maxime du fatalisme antique; mais un fait de cet ordre vient d'avoir, en dehors du domaine médical, un tel retentissement, que nous ne voulons pas nous étendre davantage sur ce point.

Pour bien marquer, en finissant, jusqu'où peut conduire cette intempérance d'expérimentation qui nous prend de loin en loin, et nous emporte au delà des limites de la prudence, qu'on me permette de rappeler une pratique bien plus audacieuse que toutes celles qui précèdent : cette pratique a été proposée il y a quelque vingt ans, et proposée sérieusement par un médecin français établi au Brésil. Ce médecin, qu'il est inutile de nommer, bien que, malgré cette excentricité, nous ne doutions nullement de sa parfaite honorabilité, ce médecin, disons-nous, après avoir raconté avec des détails qui font frémir l'histoire d'un lépreux qui se fit mordre volontairement par un serpent à sonnettes, dans l'espoir de se guérir de sa maladie, et qui mourut au milieu de convulsions vingt-quatre heures après cette horrible morsure, propose sérieusement d'appliquer au traitement de la lèpre, de la syphilis même, cette thérapeutique de sauvages. Il pense qu'on pourrait graduer l'action du venin sur l'organisme, soit en l'étendant dans un véhicule approprié, soit en en neutralisant les effets sur le système nerveux au moyen de l'électricité. La raison sur laquelle il se fonde principalement pour introduire ce moyen anodin dans la thérapeutique, c'est que dans l'expérience qu'il rapporte, et que nous venons de rappeler, « le venin absorbé modifiait les tubercules de la lèpre instantanément, au point de les aplatir. » Je le crois bien, mais en même temps qu'il aplatissait ces tubercules, il

aplatissait aussi le pauvre patient : est-ce là de la thérapeutique ?

Nous avons cru devoir présenter ces quelques considérations sur l'observation et l'expérimentation en médecine, parce que, dans notre opinion, le médecin ne doit jamais oublier ce premier précepte posé par Hippocrate : *primò non nocere*. Cette prudence, cette circonspection, au fond de laquelle il y a un sentiment profond de respect pour la vie humaine, nous nous sommes toujours efforcé et nous nous efforcerons toujours d'en imprimer le cachet au journal que nous avons l'honneur de diriger. Soyons attentifs à la marche des maladies ; tout en nous confiant dans beaucoup de cas à la nature médicatrice, qui est l'expression d'un fait incontestable, sachons la seconder à l'aide de toutes les ressources d'une saine thérapeutique; sachons même oser quelquefois, mais ne nous faisons jamais *médecins à sonnettes*.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Remarques sur un nouveau procédé opératoire appliqué au traitement des fistules vésico-vaginales.

Méthode de M. Bozeman (de Montgomery).

A en juger par le silence que gardent les auteurs anciens sur les fistules vésico-vaginales, il semble que cette affection n'ait que fort peu attiré leur attention. Il ne faudrait pas cependant conclure de ce silence que, dans les siècles passés, cette maladie n'existât pas ou qu'elle n'exigeât pas les secours de la chirurgie; l'ignorance relative des médecins en fait d'obstétrique autorise au contraire à supposer que les accidents qui produisent les fistules devaient être plus fréquents qu'aujourd'hui, et diverses observations éparses dans les vieux recueils témoignent même des essais parfois tentés par les praticiens. Mais ces essais ne s'appuyaient sur aucune donnée anatomique précise ; ils étaient faits à peu près au hasard, et presque toujours ils échouèrent.

Les nombreux et remarquables progrès de la chirurgie moderne n'avaient pas, du moins jusqu'à ces dernières années, beaucoup avancé la question du traitement des fistules vésico-vaginales. En 1837, M. Velpeau, dans sa *Médecine opératoire*, t. IV, p. 433, disait : « La suture, qui doit s'être offerte la première à l'esprit, présente de telles difficultés dans son application, qu'un très-petit

nombre de praticiens se sont aventurés à en faire l'essai, et qu'il en est à peine fait mention dans les ouvrages sortis de l'école de Paris. Aviver les bords d'une plaie, quand nous ne savons comment les saisir, la fermer au moyen d'aiguilles et de fils, quand nous n'avons aucun point d'appui apparent pour les fixer, agir sur une cloison placée entre deux cavités et sur laquelle nous avons à peine prise, une telle conduite semble n'avoir été imaginée que pour causer aux malades des douleurs inutiles. »

L'opinion de Vidal (de Cassis) n'était pas moins décourageante : « Je ne crois pas, disait-il, qu'il existe dans la science un seul exemple bien authentique d'une guérison complète de fistule vésico-vaginale, au moins d'une fistule due à une sorte de substance sur le bas-fond de la vessie. » (*Traité de pathologie interne*, t. IV.)

La plupart des chirurgiens partageaient cette opinion : on ne faisait donc aucun traitement, ou bien l'on se contentait de quelques cautérisations, et si parfois on réussissait, le plus souvent les malades gardaient leur infirmité.

Les procédés de M. Jobert de Lamballe, et surtout son opération de cystoplastie par locomotion, furent donc un notable progrès ; mais à côté de succès incontestables, cette opération compte aussi des revers ; elle nécessite des manœuvres dangereuses ; plus d'une fois elle a été suivie d'accidents graves et même mortels ; elle est donc bien loin d'être le dernier mot de la chirurgie sur la question du traitement des fistules, et c'est pourquoi je viens soumettre à l'examen des chirurgiens un procédé nouveau, qui a déjà été appliqué un grand nombre de fois et souvent avec succès.

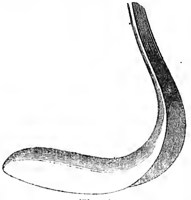
Le procédé de M. Bozeman est une suture faite avec des fils d'argent qu'il fixe sur une plaque de plomb. Il a donné à son procédé le nom de *suture en bouton.*

Nous décrirons d'abord les différentes pièces et instruments au moyen desquels il pratique son opération.

1° Un spéculum univalve en cuivre argenté, à surface brillante, faisant office de réflecteur, et jetant dans le vagin beaucoup de lumière : la valve du spéculum est en forme de gouttière recourbée sur elle-même et se terminant en cul-de-sac. Le manche est très-long, et, au lieu d'être fixé à angle droit sur cette valve, il forme avec elle un angle d'à peu près trente degrés (*fig.* 1). Cette disposition permet à l'aide de prendre un point d'appui solide, et de repousser plus fortement l'ampoule rectale.

Les spéculums américains sont ordinairement doubles, c'est-à-dire qu'aux deux extrémités d'un même manche se trouvent des

valves de diverse grandeur : il serait plus simple d'avoir un manche unique sur lequel on visserait des valves de dimensions différentes. Cette modification a du reste été déjà faite par M. Mathieu, fabricant d'instruments.


(Fig. 1.)

2° Des ciseaux coudés sur le manche pour que la main de l'opérateur ne masque pas le vagin, d'autres courbés sur le plat pour ne pas masquer les parois latérales, d'autres enfin courbés sur la longueur de la lame, les uns vers la droite, les autres vers la gauche. Ces ciseaux servent à pratiquer l'avivement, quand les bistouris sont insuffisants.

3° Une tige d'acier (*fig.* 2), semblable à un stylet qui serait fixé dans un manche. Cette tige porte à son extrémité un petit bouton aplati et perforé à son centre. M. Bozeman a désigné cet instrument sous le nom de ***suture adjuster*** (ajusteur de la suture). Il sert à former avec les fils une anse très-étroite au niveau de la plaie, et à mettre ainsi en contact très-exact les deux lèvres de la fistule.

4° Un crochet d'acier fixé dans un manche et recourbé dans l'étendue d'un centimètre. M. Bozeman le désigne sous le nom de ***button adjuster*** (ajusteur du bouton).

5° Les petits anneaux de plomb de Galli, à travers lesquels on passe les fils, et que l'on écrase ensuite avec un fort davier, pour fixer les anses de fil et remplacer ainsi le serrement des nœuds dans les sutures ordinaires.

6° Une sonde métallique à double courbure, dont l'extrémité vésicale est percée d'un grand nombre de trous, tandis que l'extrémité libre est taillée en forme de gouttière. Cette sonde doit être très-légère et n'avoir qu'une longueur de 10 à 12 centimètres (*fig.* 3).

7° Des fils d'argent. Ces fils, introduits dans les tissus, ont l'avantage de ne pas y développer d'inflammation : on peut donc serrer fortement une suture sans craindre de couper les lèvres de la plaie, comme on le ferait avec des fils végétaux. L'argent est préférable à tout autre métal, parce qu'il est plus malléable et plus ductile.

(Fig. 2.)

Enfin, il faut avoir encore à sa disposition des ciseaux ordinaires droits et courbes, de longs bistouris, des pinces à dissection un peu longues, des pinces à griffes, des sondes de femme, des ai-



(Fig. 3.)

guilles courbes armées de fils de soie, plusieurs porte-aiguilles et une lame de plomb d'un demi-millimètre d'épaisseur, dans laquelle on taillera le bouton.

L'opération est ensuite pratiquée de la manière suivante :

Premier temps. — *Position de la malade.* — On peut donner à la malade plusieurs positions. Couchée sur le dos, le siége placé sur le bord du lit, les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin, comme pour l'opération de la taille, la malade est maintenue par plusieurs aides : le spéculum, tel que nous l'avons décrit, est alors introduit et déprime en bas et en arrière la paroi postérieure du vagin. Cette position, la seule qui soit usitée en France et en Angleterre, peut être longtemps supportée par les malades; et, de plus, elle facilite l'emploi des anésthésiques. Mais elle est gênante pour le chirurgien : si relevé que soit le bassin, l'opérateur, obligé d'agir de bas en haut, n'est jamais complétement à sa main. La lumière n'arrive jamais directement sur la paroi vésico-vaginale.

Enfin, la vessie pressée par le poids des intestins tend sans cesse à faire hernie dans le vagin, ce qui rétrécit encore le champ de l'opération.

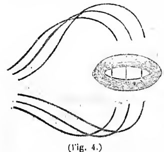
Frappés de ces inconvénients, les chirurgiens américains ont complétement rejeté cette position. Ils font placer la malade sur les genoux et sur les coudes : la tête est basse, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. De cette manière, la paroi vésico-vaginale, tournée en bas, est beaucoup plus accessible à la vue et au toucher, et la vessie ne pèse plus sur cette paroi. Cette position est, il est vrai, moins facile pour la malade ; elle gêne l'emploi des anésthésiques ; mais jamais M. Bozeman n'endort ses malades pour les opérations de fistule vésico-vaginale.

Le spéculum est introduit comme dans le cas précédent : seulement, l'aide se place au-dessus de la malade et repousse le rectum

de bas en haut; des aides écartent avec les doigts les grandes et les petites lèvres, et, dans le cas où l'ouverture petite et éloignée est difficile à découvrir, on introduit un cathéter dans la vessie pour faire saillir le point fistuleux, procédé imaginé par Stayward, de Boston.

Deuxième temps. — *Avivement.* — Pour ce temps, on se sert de pinces à dents de souris, d'un long crochet ou ténaculum, de bistouris longs, et des ciseaux de formes diverses dont nous avons parlé plus haut. Cet avivement doit être fait sur une grande étendue de surface : *il ne doit porter que sur la muqueuse vaginale.* M. Bozeman commence d'abord par aviver la portion de cicatrice qui entoure l'ouverture, puis il passe à l'excision des autres parties. On ne saurait apporter à ce temps une trop scrupuleuse attention. Il faut s'assurer à plusieurs fois que l'avivement est bien complet, soutenir chaque point avec une spatule ou un ténaculum, et l'on ne doit passer outre que quand on est bien sûr de n'avoir laissé échapper aucun point.

Troisième temps. — *Introduction des fils.* — Ce temps diffère complétement de ce qui avait été fait jusqu'ici par les autres chirurgiens. Dans les méthodes anciennes, une fois l'avivement pratiqué, on introduit des fils à travers toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et la muqueuse vésicale se trouve ainsi traversée deux fois par chaque fil. Ce procédé a été complétement rejeté par les chirurgiens américains. De même que l'avivement ne doit porter que sur la membrane muqueuse du vagin, *de même la suture ne doit aussi comprendre que cette seule membrane,* ainsi que le représente la figure ci-dessous. De plus, au lieu de fils de soie ou de lin, ainsi que nous l'avons annoncé, on emploie des fils d'argent.


(Fig. 4.)

L'aiguille est enfoncée à un centimètre et demi environ en dehors du bord de la plaie. Elle est poussée obliquement, de manière à ressortir en avant de la portion vésicale de la cloison. Il faut avoir grand soin que les deux orifices d'entrée et de sortie d'un même fil soient situés bien en face l'un de l'autre, et à égale distance des bords de la plaie. Pour faire traverser plus facilement à son aiguille les tissus mous et relâchés du vagin, M. Bozeman soutient avec un long ténaculum la paroi vésico-vaginale, dans le point

où il veut faire sortir l'aiguille ; et, afin de pouvoir plus facilement retirer un point de suture qui aurait été mal placé, il passe d'abord des fils de soie et attend que tous les points de suture soient bien fixés pour engager les fils d'argent qu'il attache aux fils de soie.

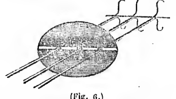
Le nombre des points de suture est variable suivant l'étendue de la plaie : mettant à profit l'innocuité du séjour des fils métalliques dans les tissus, M. Bozeman les rapproche beaucoup et les met tout au plus à 5 millimètres de distance les uns des autres. Il est bien entendu que cette distance peut et doit varier suivant l'état des tissus que l'on a à traverser.

Quatrième temps. — *Réunion de la plaie.* — Il s'agit maintenant de resserrer les anses de fil pour rapprocher du même coup les lèvres de la fistule. Ces fils métalliques, si ténus et si malléables qu'ils soient, conservent toujours une rigidité qui leur fait garder jusqu'à un certain point la courbure qu'on leur donne, mais qui rend en même temps leur rapprochement plus difficile que celui des fils végétaux. Pour obvier à cet inconvénient, et pour former en même temps au niveau de la plaie une anse très-étroite, M. Bozeman engage les deux chefs d'un même fil dans le bouton métallique perforé de l'instrument que nous avons décrit sous le nom de *button adjuster* (fig. 2) ; et tandis que, de la main gauche, on tend fortement les deux chefs, de la main droite on fait glisser l'anneau le long du fil jusque sur la plaie : on soude ainsi chaque fil à son point de sortie à travers les tissus, pour le rapprocher de son congénère et former une anse très-étroite, qui met déjà presque entièrement au contact les deux lèvres de la fistule (fig. 5).

(Fig. 5.)

Cette réunion toutefois n'a rien de fixe : pour l'assurer définitivement, M. Bozeman applique alors le bouton (*button*).

Le bouton est une petite plaque métallique, de l'épaisseur d'un millimètre, perforée sur son milieu d'autant de trous qu'il y a d'anses métalliques. Après s'être servi d'argent pour faire ces plaques, M. Bozeman donne aujourd'hui la préférence au plomb, qui est beaucoup plus malléable et que l'on peut par conséquent préparer soi-même. Suivant l'étendue, le siége et la direction de la fistule, le chirurgien donnera un diamètre et une forme variables à

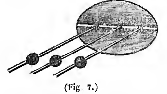


(Fig. 6.)

ce bouton, qui sera ovale, circulaire, demi-circulaire, échancré, ou non, sur l'un des bords. M. Bozeman recommande de déprimer légèrement dans le sens de la longueur, au niveau de la suture, la face qui s'appliquera sur la plaie, de manière à figurer une gouttière qui recevra la saillie formée par les deux lèvres. C'est au fond de cette gouttière que l'on pratique des trous en nombre égal au nombre des points de suture, et à une même distance les uns des autres que les anses formées par ces points de suture (fig. 6).

Tout étant ainsi préparé, par chacun des trous du bouton on engage les deux chefs de chaque anse métallique, puis on fait descendre la plaque jusque sur la cloison. On reprend alors les fils de la main gauche et on les tend fortement, pendant qu'avec le crochet désigné sous le nom de *button adjuster* on appuie avec force sur toutes les parties du bouton, de manière à le mettre partout en contact très-exact avec la plaie.

Reste ensuite à fixer définitivement cette plaque. On introduit les deux chefs de chaque anse dans l'un des anneaux de plomb de Galli (fig. 7). On fait glisser cet anneau jusque sur la face convexe du bouton, et, en même temps qu'on tire encore une fois sur les fils pour établir un contact très-immédiat entre la plaie et le bouton, avec un très-fort davier on écrase l'anneau, pour arrêter et fixer définitivement la suture. On replie ensuite les fils sur l'anneau, on les coupe, et l'opération est terminée.



(Fig. 7.)

Cinquième temps. — La malade est reportée dans son lit et couchée sur le dos : la sonde que nous avons représentée (fig. 3) est introduite dans la vessie. Grâce à sa légèreté et à sa double courbure, cette sonde se maintient d'elle-même, sans qu'on soit obligé de la fixer avec des fils. On devra la retirer plusieurs fois par jour pour s'assurer qu'elle n'est obstruée par rien.

Tout effort violent est interdit : pour prévenir les garde-robes et cependant nourrir la malade, on lui donne pendant les premiers jours du bouillon, un peu de viande et des potions opiacées.

Généralement il n'est pas nécessaire de laisser les fils plus de dix jours. M. Bozeman enlève dans la même séance toutes les pièces de la suture. J'ai vu plusieurs fois à Londres M. Baker Brown faire cette opération en deux temps : le premier jour il enlève les anneaux de plomb et la plaque ; le lendemain seulement il retire les anses de fil. — La malade doit encore être maintenue au lit pen-

dant douze à quinze jours, la sonde est toujours maintenue dans la vessie : plusieurs fois par jour on la retire, on la nettoie et on fait des injections vaginales. Après ce temps seulement on permet la marche et l'on retire définitivement la sonde.

A la description qui précède nous n'ajouterons que quelques remarques.

Un des avantages les plus notables du procédé de Bozeman est l'indépendance d'action de chacun des points de la suture. Grâce à cette indépendance, on peut, suivant l'état des tissus, ne pas faire entrer ou sortir les divers fils à une même distance des bords de la fistule, et même, si la forme et la direction de l'ouverture l'exigent, on peut ne pas placer tous les fils suivant une direction parallèle par rapport les uns aux autres. La seule précaution à prendre est de donner au bouton une forme qui corresponde exactement à celle de la suture.

Un autre avantage, c'est qu'une constriction trop forte, exercée par mégarde sur un des fils, ne porte que sur un point et n'entraîne pas la constriction exagérée de tous les fils.

Par la suture en bouton, bien plus que par tout autre procédé, l'immobilité et l'affrontement des surfaces sont obtenus, et de cette seule circonstance dépend, dans la plupart des cas, la guérison de la maladie. On pourrait comparer le bouton aux attelles qui maintiennent en contact les deux fragments d'un os ; seulement, à l'inverse des attelles, la lame de plomb, grâce à sa dépression au niveau de la plaie, n'exerce pas de pression extérieure sur les bords affrontés et les préserve même de celle que pourraient exercer les fils.

Enfin, la suture en bouton protége les bords à vif de la fistule contre toutes les influences extérieures nuisibles. Elle les met à l'abri de l'air : elle empêche le contact des écoulements leucorrhéiques, et enfin, dans les cas de fistule double, elle les préserve de l'irritation produite par le passage continu de l'urine à travers l'autre fistule.

Tel est, dans ses diverses phases, et avec ses principaux avantages, le procédé inventé par M. Bozeman.

Nous rapporterons maintenant quelques-uns des faits cités par l'auteur, plusieurs exemples publiés par M. Baker Brown de Londres, et enfin les observations que nous avons recueillies nous-même, tant à Londres qu'à Paris.

*(La fin au prochain numéro.)*

## CHIMIE ET PHARMACIE.

**Modification à apporter à la préparation du sirop de quinquina.**

Par M. Dannecy, pharmacien des hôpitaux civils de Bordeaux.

Les nombreuses formules publiées pour la préparation du sirop de quinquina démontrent surabondamment l'imperfection et l'insuffisance de la formule proposée par le Codex. Toutes ces formules, quelque variées qu'elles soient, n'ont pas encore satisfait aux exigences d'une formule rationnelle. Le mode de préparation proposé par le Codex est vicieux ; la décoction, puis la filtration après refroidissement, éliminent la presque totalité de plusieurs des principes actifs du quinquina et donnent un produit rarement identique et d'une conservation difficile ; en outre il est altérable dans sa transparence, et ses caractères physiques et chimiques varient dans chaque officine et même à chaque opération. Une préparation qui offre de tels *desiderata* ne pouvait manquer de préoccuper les pharmaciens ; de là les nombreuses modifications proposées, et dont il serait trop long de faire l'énumération. Si quelques-unes ont l'avantage de parer à certains inconvénients, elles sont entachées d'autres imperfections qui les rendent inacceptables.

Il importait, en proposant une nouvelle formule, de se mettre à l'abri des défauts que je signale, tout en conservant à cette préparation les caractères qui lui sont propres, c'est-à-dire d'en faire une formule vraiment rationnelle. Il fallait tout d'abord rechercher la cause des difficultés que présente cette préparation en apparence si simple. Je n'ai pas tardé à m'apercevoir qu'elles avaient pour seule et unique cause l'oxydation, sous l'influence de l'eau et de la chaleur, de quelques-uns de ses éléments, se transformant en composés insolubles que le filtre séparait, comme dans le procédé du Codex, oxydation qui diminuait dans le résultat définitif la somme du principe médicamenteux que cette préparation devait renfermer. Pour obvier à cet inconvénient, guidé par l'analogie, j'ai traité le quinquina par de l'eau chargée de glucose, ou mieux de lactine, dont le pouvoir de réduction est bien supérieur. A l'aide de cette addition, j'ai pu faire subir au quinquina une ébullition prolongée et obtenir une décoction qui, refroidie, avait conservé, sinon toute sa transparence, au moins une transparence suffisante pour pouvoir, par l'addition du sucre en quantité voulue, obtenir un sirop parfaitement limpide, d'une saveur amère, légèrement astringent, beaucoup plus coloré que le sirop officinal avec la même quantité de quinquina.

On sait que la modification que je propose, bien qu'elle ait une influence si radicale sur le résultat de la préparation, consiste tout simplement dans l'addition d'une petite quantité de glucose ou de sucre de lait que j'évalue devoir être égale au poids du quinquina traité. Cette addition est insignifiante et ne peut ni ne doit réellement pas être considérée comme une modification de la formule du Codex, mais tout simplement comme une modification basée sur la nature des éléments traités et des propriétés du produit.

Cette modification de la préparation du sirop de quinquina peut s'étendre avec plus grand avantage encore aux préparations magistrales, telles que les décoctions pour boissons, lavements et fomentations, puisque à l'aide de cette simple addition de glucose on obtient tout ce que le quinquina renferme d'éléments solubles, sans avoir à redouter que leur réaction ne les précipite sous forme d'un composé insoluble et en pure perte pour la préparation. C'est ainsi que déjà un pharmacologiste distingué, M. Bouchardat, qualifie avec juste raison la décoction et le sirop de quinquina du Codex comme une mauvaise préparation; l'opinion d'une autorité aussi importante dispense de toute discussion.

Quant à l'extrait de quinquina préparé par ce procédé, il présente les mêmes avantages, et de plus une solubilité qui donne, aux préparations magistrales dans lesquelles il entre, un aspect sinon agréable, au moins n'ayant rien de repoussant, comme cela à lieu avec l'extrait ordinaire. Quelque soin que l'on ait à le préparer, la moitié au moins de l'extrait reste en suspension sous forme de magma insoluble. Toutes ces raisons me déterminent donc à proposer cette correction à la formule du Codex.

---

**De la glycérine comme moyen de conserver le vaccin.**

Il y a quelques mois un médecin américain, M. Andrew, de Chicago, annonçait que les croûtes vaccinales, mêlées à de la glycérine, conservaient toutes leurs propriétés, et qu'on pouvait avoir ainsi un liquide toujours propre à l'inoculation du vaccin. M. Dubreuilh, médecin de l'hospice de la Maternité de Bordeaux, s'est empressé d'expérimenter un moyen aussi précieux. Il a mélangé avec de la glycérine bien pure des croûtes vaccinales, qu'il a eu soin de laisser intactes; ce mélange donne une substance jaunâtre, de consistance de miel, qui a été expérimentée au moins sur vingt enfants, et M. Dubreuilh a informé ses collègues de la Société de médecine de l'insuccès de ses tentatives. Nous aurions désiré voir ce mé-

decin trancher complétement la question en fractionnant les croûtes et même en essayant le mélange du vaccin avec la glycérine. Cette substance est réellement un liquide conservateur.

---

#### Formule d'un sirop de lactucarium et de codéine.

On a toujours accordé à la *laitue* une propriété calmante, propriété que l'on a cherché d'abord dans la thridace, suc obtenu par expression de la plante et évaporé à l'étuve et qui a joui pendant assez longtemps d'une haute réputation. La découverte du *lactucarium* a fait presque complétement oublier cette substance; la thridace est bonne aujourd'hui, tout au plus, comme excipient pour former des masses pilulaires; le nouveau venu lui a enlevé tous les honneurs de son ancienne réputation.

Le lactucarium, découvert en Écosse par le docteur Duncan, est le suc laiteux de la laitue, obtenu par incisions faites à la plante et desséché au soleil, à la manière de l'opium. Employé d'abord en Angleterre, il a surtout été vanté en France par M. Aubergier; espérons qu'il n'aura pas de sitôt le sort de sa sœur aînée la thridace, mais pour cela ne lui accordons que sa valeur réelle; car si le lactucarium est un sédatif, son action n'est pas comparable à celle de l'opium; peut-on dire qu'elle tient en quelque sorte le milieu entre l'action de ce dernier et celle des narcotiques, tels que la belladone, la stramoine, etc.? Le lactucarium n'est ni un soporifique, ni un stupéfiant, mais il est du moins un *diaphorétique;* et n'est-ce point à cette propriété qu'il doit celle qui lui a été reconnue par des praticiens trop éminents pour qu'on puisse la mettre en doute, son action calmante?

Aussi il nous a semblé qu'on pourrait aider à son action en l'associant à un agent plus actif, la morphine, et surtout la codéine, qui est le principe essentiellement hypnotique de l'opium, mais à laquelle il manque précisément cette propriété diaphorétique; propriété que l'on trouve en partie dans l'opium, mais que ses alcaloïdes perdent par leur isolement. Malgré le dosage plus exact et l'action plus certaine que la théorie semble devoir faire admettre dans l'emploi des alcaloïdes de l'opium, les praticiens préfèrent souvent l'opium lui-même, malgré la différence de composition de cette substance médicamenteuse, qui est malheureusement toujours sophistiquée sur les lieux mêmes de sa production.

Mais puisque nous possédons un produit dont nous sommes sûrs, grâce à son origine indigène, et qui présente à un degré supérieur

cette propriété diaphorétique, pourquoi ne l'utiliserions-nous pas en l'unissant au principe hypnotique de l'opium, la codéine ? L'action combinée de ces deux agents de nature différente, l'un agissant sur le système nerveux, l'autre plus spécialement sur les organes de la circulation, mais se servant l'un à l'autre d'adjuvant et de correctif, doit en effet donner les meilleurs résultats, et les praticiens pourront varier leurs formules selon l'application qu'ils auront à faire de ce médicament ; toutefois nous proposons, comme exemple de préparation magistrale, une formule de sirop composé de lactucarium et de codéine.

Nous pensons que la formule adoptée par M. Aubergier pour le sirop de lactucarium a besoin d'être modifiée, non-seulement à cause de l'addition de codéine qui en augmenterait la force, mais parce que, dans la préparation de M. Aubergier, une grande partie du principe actif n'étant pas dissoute et se séparant, entraînée dans l'écume pendant l'ébullition, le sirop ne représente réellement pas la dose de lactucarium indiquée par son auteur.

La formule suivante, qui nous a parfaitement réussi, a l'avantage de ne laisser aucun résidu de lactucarium, celui-ci disparaissant entièrement dans le sirop, qui en est suffisamment saturé.

Pr. Extrait alcoolique de lactucarium...... 3 grammes.
Codéine cristallisée.................. 3 grammes.
Alcool à 55 degrés.................. Q. S.

Dissolvez et ajoutez :

Sirop simple bouillant................ 10 kilogrammes.

Aromatisez avec :

Eau de fleurs d'oranger.............. Q. S.

F. S. A. 100 grammes de ce sirop renferment exactement 3 centigrammes de codéine et 3 centigrammes d'extrait de lactucarium, représentant 10 centigrammes de lactucarium brut.

Il peut être administré à la dose de deux à quatre cuillerées dans les vingt-quatre heures, ou additionné à une potion gommeuse, à la dose de 30 à 60 grammes. Borel.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Nouvelles recherches à l'appui du traitement de la colique de plomb par la faradisation.

Il y a dix-huit mois, lorsque je lus à l'Académie de médecine mon premier mémoire sur ce sujet, vous avez bien voulu publier

une analyse de ce travail ; j'ose donc espérer, mon cher confrère, que vous daignerez faire un semblable accueil à l'analyse suivante, qui résume mon second mémoire.

On sait que conduit par les phénomènes que présente l'hypéresthésie des muscles, j'ai été amené à constater que les douleurs que les malades éprouvent à l'abdomen, dans la colique de plomb, résidaient dans les muscles de la partie antérieure de l'abdomen, et que, conséquemment, la faradisation, qui enlevait d'une manière héroïque, et le plus souvent à l'instant même, les douleurs des hypéresthésies hystérique et rhumatismale des muscles, devait avoir une influence analogue sur l'hypéresthésie saturnine de ces mêmes organes de la locomotion. On sait que le résultat n'a pas trompé mon attente, ainsi que je l'ai démontré dans le premier travail que j'ai présenté à l'Académie de médecine.

Les conclusions de ce mémoire, n'étant basées que sur l'observation de 42 malades atteints de colique saturnine, ne pouvaient être considérées comme établissant d'une manière irréfragable la valeur du traitement du symptôme principal de cette maladie par la faradisation. J'ai donc pensé que j'agirais sagement en étudiant, sur une plus grande échelle, l'efficacité de ce nouveau moyen thérapeutique sous deux points de vue, c'est-à-dire sous le rapport de sa puissance pour enlever la colique, et sous celui de la tendance que cette maladie ainsi traitée pourrait avoir à reparaître. C'est dans le but d'élucider ces deux objets que j'ai présenté à l'Académie de médecine un nouveau travail basé sur l'observation de 100 autres sujets atteints de colique de plomb, et traités par la faradisation comme moyen principal.

Parmi ces 100 malades, il y avait 97 hommes et 3 femmes.

Leur âge a été celui de dix-huit à vingt ans, chez 7 ; — de vingt à trente ans, chez 44 ; — de trente et un à quarante ans, chez 27 ; — de quarante à cinquante ans, chez 17 ; — de cinquante et un à soixante ans, chez 5.

Tous ces malades étaient affectés d'une colique de plomb : simple, chez 85 ; — avec paralysie des membres, chez 8 ; — avec dysurie, chez 2 ; — avec encéphalopathie convulsive, délirante ou comateuse, chez 5. La colique de plomb s'était accompagnée de la cachexie saturnine chez les quatre cinquièmes des malades ; — du liséré ardoisé chez les trois quarts ; — de la constipation chez les neuf dixièmes ; — et d'état fébrile chez un tiers seulement. Elle était très-intense chez 11 malades ; — forte chez 26 ; — d'intensité moyenne chez 45 ; — enfin, elle avait été légère chez 18. Chez

tous ces malades il y avait hypéresthésie d'un et le plus ordinairement des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen, caractérisée par la douleur provoquée lors du grattement des muscles avec le bout des doigts, lors de la pression légère et lors des mouvements imprimés à ces muscles.

Cette douleur occupait le plus ordinairement les deux côtés de l'abdomen et siégeait tantôt à la partie supérieure, tantôt à la partie moyenne, et tantôt à la partie inférieure de l'abdomen. Il est par conséquent très-facile de la distinguer de l'hypéresthésie rhumatismale, qui occupe le plus ordinairement la partie inférieure, comme de l'hypéresthésie hystérique, dont le siége de prédilection est le côté gauche.

Outre l'hypéresthésie provoquée par les causes précédentes, ces malades étaient pris de douleurs spontanées exacerbantes, continues ou intermittentes, qui siégeaient précisément à l'endroit où la douleur musculaire se faisait sentir; de sorte qu'on a toute certitude que ces douleurs spontanées siégent également dans les muscles.

Les quatre cinquièmes de ces malades avaient, outre la douleur de l'abdomen, des douleurs sympathiques dans les membres et presque toujours dans les membres inférieurs. Ces douleurs siégeaient le plus souvent dans les chairs, quelquefois dans les articulations et rarement dans les orteils. Chez un dixième des malades, les douleurs de la paroi abdominale s'étendaient aux muscles des lombes. Chez un autre dixième d'entre les malades il y avait une paralysie plus ou moins ancienne, presque toujours dans les membres supérieurs.

La colique durait depuis deux mois chez 1 malade, depuis un mois chez 2, depuis trois semaines chez 1 et depuis quinze jours chez 3 malades. Pour les autres, la durée moyenne avait été de quatre jours trois quarts avant le traitement. Cette durée antérieure n'a eu aucune influence sur les effets de la faradisation, attendu que les anciens malades ont été soulagés aussi vite que les nouveaux.

Voici comment se faisait le traitement : si la colique était très-intense, l'interne pratiquait une première faradisation à la visite du soir; sinon, celle-ci était remise au lendemain, à la visite du matin. L'opération durait d'une à trois ou quatre minutes, et on ne l'a jamais cessée que la colique ne fût complétement enlevée et que le malade ne sentît plus le moindre mal. On s'assurait de cette disparition en pressant et en massant rudement les parties, qu'un instant auparavant on ne pouvait toucher avec le bout des doigts, sans

provoquer de la douleur; on faisait tousser et respirer le malade, et on lui prescrivait de se lever, de marcher et de prendre toutes les positions qu'il ne pouvait pas prendre auparavant. Si la douleur reparaissait dans la journée, on faisait une seconde faradisation à la visite du soir. Si elle ne reparaissait qu'au bout de dix à douze heures, la faradisation ne se répétait que le lendemain au matin, et ainsi de suite. En général la douleur résistait beaucoup plus à la première faradisation qu'aux suivantes.

Il résulte de là que le médecin pourrait à volonté supprimer toute douleur de la colique de plomb en faradisant à l'instant même où celle-ci reparaît, et supprimer le symptôme le plus intolérable pour les malades.

Ce fut toujours la peau qui fut faradisée; on agissait à l'aide du pinceau métallique qui termine l'un des fils de l'appareil, promené rapidement au niveau des parties douloureuses, et d'une éponge humide terminant l'autre fil, et placée à demeure à 15 ou 20 centimètres du lieu où se meut le pinceau.

Il a suffi d'une seule faradisation pour enlever la douleur sans aucun retour chez 47 malades. Chez les 53 autres malades, la douleur a reparu quelquefois au bout de deux à trois heures, le plus souvent au bout de six à sept heures, et chez certains malades au bout de douze à quinze heures; de sorte que, quand la douleur est restée vingt-quatre heures sans reparaître, on peut être certain qu'elle ne reviendra plus.

Il a fallu pratiquer deux faradisations chez 26 malades; chez 14, on a été obligé d'en pratiquer trois; chez 8, d'en pratiquer quatre; chez 3, cinq, et chez 2, six faradisations.

Les faradisations ne se sont jamais faites que sur la peau de la paroi abdominale antérieure et sur celle des lombes; il n'a été nécessaire de les étendre aux membres que dans des cas fort rares. Toujours les douleurs des membres ont disparu à la première faradisation, sans qu'on s'occupât d'elles, et presque jamais elles ne sont revenues, quelque violentes qu'elles aient été.

Il résulte de là un fait assez curieux; les douleurs de la colique de plomb sont de deux ordres : les unes, qui sont les principales, celles de l'abdomen et des lombes, et qui ne peuvent être enlevées qu'en faradisant la peau correspondante; les autres, qui sont secondaires ou sympathiques, et qui disparaissent ordinairement sans retour, aussitôt qu'a disparu la colique, dont elles ne semblent être qu'une extension. Ainsi, la douleur, ce phénomène si violent de la colique de plomb, a pu être enlevée immédiatement et sans retour

dans presque la moitié des cas ; elle a duré une journée chez le quart des malades, avec une interruption de cinq à six heures, et, chez le dernier quart, elle a reparu pendant deux jours.

Une fois la douleur disparue, les malades ne se plaignaient plus de rien, leur teint cachectique se dissipait assez rapidement, l'appétit revenait et des aliments étaient accordés souvent le premier jour, et presque toujours le second jour. La constipation persistait de deux à quatre jours, sans occasionner autre chose que beaucoup de préoccupation de la part des malades que la constipation effraye. Elle a toujours cessé spontanément.

Les seuls adjuvants de la faradisation ont été la limonade avec 2 grammes d'acide sulfurique par litre d'eau ; la potion avec 2 grammes de sulfate d'alumine, et chaque soir une pilule d'extrait aqueux d'opium ; on donnait un bain sulfureux tous les deux jours. Les malades atteints d'encéphalopathie grave, ou ceux qui avaient de fortes paralysies, sont les seuls qui aient pris des purgatifs et des vomitifs ; chez les autres il n'a pas été administré un scrupule de substance purgative, ni même un seul lavement simple.

En mettant à part 7 malades qui restèrent longtemps à l'hôpital par le fait de leurs paralysies, la durée moyenne du séjour à partir du début du traitement a été de huit jours et une fraction très-minime. Tous les malades sont sortis sur leur demande expresse et étant en bon état depuis plusieurs jours. Ces résultats étant, et pour l'effet des faradisations et pour la durée de la maladie, à peu près identiques à ceux qu'avaient donnés les 42 malades traités en premier lieu, on peut les regarder comme déterminant d'une manière positive la valeur de la méthode.

Il n'en est aucune qui fatigue moins les organes digestifs, qui permette aussi promptement la réparation des forces et la disparition de la cachexie saturnine ; aucune qui demande un séjour plus court à l'hôpital.

Il restait à savoir si les sujets ainsi traités étaient plus sujets que les autres aux récidives de la colique saturnine, ou à l'apparition des paralysies, ou des encéphalopathies saturnines graves. Pour résoudre ce point, j'ai compulsé les registres des entrées dans tous les hôpitaux de Paris destinés au traitement des adultes et j'ai cherché la trace des 142 malades que j'avais traités par la faradisation. Voici le résultat de ces recherches, comprenant le laps de temps écoulé depuis le mois d'août 1847 jusqu'au mois de décembre où elles se sont terminées.

Sur ces 142 malades, presque tous peintres en bâtiments, ou en

voitures, par conséquent exposés par leur profession à être perpétuellement en contact avec les préparations de plomb, il y en eut seulement 32 qui eurent des récidives, — un seul en avait eu 4 pendant un laps de deux ans, un second en avait eu 2, les trente autres n'avaient eu qu'une récidive après le traitement par la faradisation.

Les récidives ont eu lieu après les laps de temps suivants : chez 2 malades après deux jours de guérison, et chez un d'eux la récidive n'avait duré que trois jours ; — au bout de trois jours, chez 1 ; — de quinze jours, chez 1 ; — d'un mois, chez 5 ; — de six semaines, chez 3 ; — de deux mois, chez 3 ; — de trois mois, chez 1 ; — de quatre mois, chez 2 ; — de sept mois, chez 2 ; — de huit mois, chez 1 ; — de neuf mois, chez 2 ; — de dix mois, chez 4 ; — de onze mois, chez 4 ; — d'un an, chez 2 ; — de quinze mois, chez 1 ; — et enfin, chez 1, au bout de dix-huit mois.

Tous ces malades, excepté les trois premiers qui étaient évidemment des gens incomplétement guéris provenant des premiers essais de faradisation, n'ont jamais eu de récidive qu'après avoir repris leurs travaux.

Les expériences de M. Orfila et la raison indiquent qu'on ne peut guère mettre sur le compte d'un traitement insuffisant que les récidives qui ont lieu durant les six premiers mois. A ce compte, on ne doit, à la rigueur, regarder comme compris dans cette catégorie que 18 malades, ce qui donnerait une récidive sur 8 malades.

Il s'agissait de comparer ce chiffre avec celui des récidives qui s'observent après les autres modes de traitement. J'aurais pu le tirer des listes que j'avais prises dans les hôpitaux ; mais les professions des malades ne sont pas suffisamment indiquées pour s'y fier. Ainsi, les ouvriers qui ne travaillent que par exception dans les fabriques de blanc de céruse ne peuvent pas être comparés aux peintres qui sont pendant toute leur vie en contact avec le plomb.

J'ai mieux aimé recueillir les antécédents des ouvriers peintres que j'avais traités par la faradisation. Or, sur 56 malades qui seuls ont pu donner sur ce point des renseignements suffisants, il s'en est trouvé 1 qui avait eu déjà quinze fois la colique de plomb ; — 2 qui l'avaient eue de dix à douze fois ; 3 qui l'avaient eue chacun cinq ou six fois ; 1 qui l'avait eue quatre fois ; 1 qui l'avait eue trois fois ; 2 qui l'avaient eue, l'un plusieurs, l'autre beaucoup de fois ; 3 qui l'avaient eue deux fois.

Enfin, 20 malades ne l'avaient encore eue qu'une fois avant leur entrée à la Charité.

Chez ces divers sujets la récidive avait eu lieu : au bout de trois jours, chez 1 ; — de onze jours, chez 1 ; — de quinze jours, chez 4 ; — de trois semaines, chez 3 ; — de deux mois, chez 4 ; — de trois mois, chez 4 ; — de 5 mois, chez 1 ; — de six mois, chez 3.

Ce qui fait 24 cas de récidives dans les six premiers mois qui avaient suivi un traitement le plus souvent par les vomitifs et par les purgatifs. Ce chiffre donne une récidive sur un peu plus de 2 malades.

Il résulte de là, bien évidemment, que, sous le rapport de la tendance aux récidives, le traitement par la faradisation seule est loin d'être inférieur aux autres méthodes thérapeutiques.

Il ne restait plus qu'à rechercher si les cas de récidives après faradisation s'accompagnent plus fréquemment de paralysie ou d'encéphalopathie graves que celles qui suivent les autres traitements. Or, parmi les 142 cas de traitement par la faradisation, je n'en ai pas trouvé un seul dans les divers hôpitaux qui eût été pris de ces accidents s'il ne les avait pas avant ce traitement par la mise en œuvre de l'électricité.

Tels sont les effets de cette méthode; ils me paraissent assez positifs et assez avantageux, faits sur une échelle d'une certaine dimension, pour me permettre de ranger la faradisation parmi les traitements les plus simples et les plus heureux. Je ne nie pas qu'après la faradisation des purgatifs ne puissent servir à dissiper la constipation; mais pour dégager la nouvelle méthode de toute complication, il était nécessaire que je n'eusse recours à aucun moyen évacuant de ce genre.

BRIQUET,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, professées à l'hôpital des Enfants malades, pendant les années 1855, 1856, 1857, par M. le docteur H. BOUVIER, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie, etc.

M. Bouvier est sans contredit, parmi les médecins contemporains, un des esprits les plus droits et les plus fermes : si nous ajoutons qu'à ces deux qualités fondamentales de l'intelligence scientifique, le médecin de l'hôpital des Enfants joint une immense

érudition, et un remarquable talent de rendre sa pensée, surtout quand il l'écrit, on comprendra de suite comment, pendant que tant de ses émules éclipsés, ou parvenus, sont estimés aujourd'hui à leur juste valeur, lui, bien que depuis longtemps il ne grandisse plus en honneurs, reste toujours cependant une juste et grande autorité dans la science. M. Bouvier, depuis quelque trente ans, s'est, soit comme clinicien, soit comme physiologiste, soit comme écrivain ou académicien, mêlé à la plupart des grandes discussions qui se sont tour à tour agitées sur le terrain peu pacifique des débats médicaux, et quand il a pris parti dans ces discussions, il s'est toujours rangé, nous ne disons pas du côté de la vérité absolue, ce mot s'accommode mal aux vérités de l'ordre purement médical, mais du côté du bon sens et de la raison qui en sont la préface. C'est là évidemment la marque la moins contestable d'un esprit solide et dont la justesse préserve la science, dans plus d'un cas, de dangereuses déviations. A tous ces titres, M. Bouvier, qui, très-jeune encore, conquit la place d'agrégé, titre dont, entre parenthèses, il ne se souvient plus, eût été un excellent professeur de Faculté ; quelle que soit la cause qui l'ait arrêté dans une voie où tout semblait l'appeler, on ne peut que le regretter : si ce titre manque à sa gloire, son nom, dans une certaine mesure, manque aussi à la gloire de la Faculté : c'est là une compensation, dans le sens négatif, dont la science et l'art n'ont pas à s'applaudir ; mais nous n'y pouvons rien : laissons donc passer cette justice des hommes, et revenons à M. Bouvier dans sa réalité : examinons sommairement le nouvel ouvrage dont il vient de doter la science.

Les *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur* roulent exclusivement sur le mal vertébral de Pott, dont on distingue, pour le décrire à part, le mal supérieur ou sous-occipital, les pseudarthroses coxo-fémorales, le strabisme, le pied bot, dans les diverses formes qu'il peut affecter, le rachitisme, et les courbures pathologiques du rachis, dans lesquelles la scoliose ou courbure latérale du rachis est largement et profondément étudiée. Effleurons au moins ces *Leçons*, sérieusement élaborées, sur la plupart des questions qui y sont plus ou moins longuement développées.

Avant d'exposer ce que lui a enseigné sa propre expérience sur le mal de Pott, l'éminent professeur de l'hôpital des Enfants malades, que l'on savait déjà être un érudit de premier ordre, restitue à l'un de nos compatriotes, à un chirurgien français, à David, la gloire d'avoir beaucoup mieux saisi que le chirurgien anglais la

thérapeutique applicable à l'affection tuberculeuse ou à la carie qui constitue essentiellement le mal de Pott. Pendant, en effet, que le chirurgien célèbre de la Grande-Bretagne posait que le traitement de cette maladie consistait presque uniquement dans une révulsion énergique sur la colonne vertébrale, à la faveur de nombreux cautères, et qu'à l'aide de cette méthode on guérissait presque infailliblement, David, au contraire, insistait surtout sur l'utilité du repos, et se confiait en grande partie aux ressources de la nature pour réparer le mal accompli. Dans l'opinion de M. Bouvier, la vérité existe plus dans cette manière de comprendre les choses, que dans cette manière d'emporter de haute lutte un mal que le plus souvent on n'atteint pas par la méthode si bruyamment et si longtemps préconisée. Ce n'est pas que le médecin de l'hôpital des Enfants nie absolument l'utilité de la révulsion cutanée dans cette affection, et à une certaine période du mal, mais il est convaincu, et cette conviction repose sur des faits bien observés, qu'une révulsion beaucoup plus douce y suffit en général, et blâme hautement une autre médication inutilement violente. Nous signalerons encore dans ces Leçons, à tant de titres si remarquables, une observation de l'auteur, dont nous voudrions que tous fissent profit : nous voulons parler de la guérison spontanée d'une des conséquences ordinaires du mal de Pott, des abcès par congestion. Cette remarque nous a d'autant plus frappé, que nous-même avons observé un cas de ce genre que nous n'oublierons jamais. Un abcès énorme existait autour de la cuisse, où le pus avait émigré et s'était amassé lentement, malgré le traitement banal par les cautères le long de la colonne vertébrale que nous avions employé, comme tout le monde le faisait alors. Eh bien! cette masse énorme de pus se résorba complétement et dans une période de temps assez courte : le malade vit encore aujourd'hui et se porte bien ; seulement il n'a jamais pu se redresser complétement, peut-être par l'effet de l'incurie de ses parents, et il porte à la région lombo-dorsale une bosse médiane qui est la conséquence nécessaire de la destruction partielle d'une portion des vertèbres malades. A propos de la déformation traumatique que nous venons d'indiquer tout à l'heure, nous signalerons encore dans cette partie du livre de notre sagace confrère les remarques pleines de justesse qu'il fait sur la distinction à établir dans les diverses gibbosités. «Il y a, dit-il à cet égard, deux espèces de gibbosités, deux classes de bossus, qu'il faut distinguer à tout jamais.» Lisez cette discussion lumineuse, et vous ne courrez pas le risque de tomber dans ces erreurs grossières qui se commettent

quelquefois, et dont notre habile confrère cite d'éclatants exemples.

Les questions du strabisme et du pied bot sont également, dans ce livre, l'objet d'une étude qui mérite toute l'attention des praticiens qui veulent, sur toutes choses, savoir le dernier mot, *recentissima vox,* de la science. En commençant cet article, nous avons dit le trait principal de l'esprit de M. Bouvier, qui nous paraît surtout remarquable par une grande justesse d'appréciation, un jugement solide. S'il n'a point erré autant que plusieurs sur la question du traitement chirurgical du strabisme, tel qu'on l'a naguère si bruyamment institué pendant quelques jours parmi nous, c'est qu'il a compris de suite qu'il y avait un peu de mode et un peu d'autre chose peut-être en tout ceci, et que la vérité ne pouvait se trouver dans toutes ces exagérations. A qui voudrait se renseigner sur la portée thérapeutique de la myotomie dans le traitement de cette maladie, de cette simple difformité, si l'on veut, nous ne saurions indiquer un livre où cette question importante se trouve plus substantiellement et plus honnêtement étudiée. Il en est de même d'une autre infirmité moins fréquente peut-être que celle-ci et plus grave encore, le pied bot. Tout ce qui tient à la physiologie de ce mal, si nous pouvons ainsi parler, comme tout ce qui tient à la thérapeutique qu'il appelle, est exposé avec une clarté parfaite et sera lu avec un vif intérêt.

La maladie qui, après celles dont nous venons de parler, est, dans le livre de M. Bouvier, un objet de leçons ou au moins de résumés de leçons cliniques que nous conseillons également de lire et de relire encore, c'est le rachitisme. La symptomatologie, comme le diagnostic différentiel qui la complète, en sont très-clairement et très-largement tracés. L'auteur s'est surtout appliqué à bien faire saisir les signes qui le révèlent de la manière la plus tranchée, comme le chapelet, le thorax en carène, les courbures des membres ; puis viennent le volume disproportionné et la configuration spéciale de la tête et de l'abdomen, les nœuds articulaires, la brièveté relative des membres, la flexibilité des os, etc. Tous ces symptômes, aussi bien que ceux qui appartiennent à l'ordre physiologique, sont tracés d'un trait ferme et vrai. Une telle description équivaut presque aux enseignements de la vue directe : le rachitisme vit dans ces pages échappées à une plume habile. Le livre de M. Bouvier n'est pas un guide moins sûr en ce qui touche le traitement du rachitisme ; toutes les ressources de l'hygiène, tous les auxiliaires de la thérapeutique y sont également appréciés avec sagacité ; on sent là, partout, que l'auteur, s'il sait la science du passé,

comme pas un, sur les questions qui ont fait le sujet spécial de ses études, a aussi et très-assidûment interrogé la nature, dont il a parfaitement compris et rendu les infaillibles enseignements. Nous ne ferons sur ce point qu'une remarque, expression timide d'un non complet assentiment à cette thérapeutique d'ailleurs si judicieuse et si féconde. M. Bouvier croit qu'on a singulièrement surfait ici l'efficacité des huiles de poissons, et nommément de l'huile de foie de morue, qu'il appelle quelque part, si nous nous souvenons bien, un mets de Samoyèdes et de Lapons. Ce mot d'un habile homœopathe a déjà fait fortune aux yeux des gens du monde; nous ne nous serions pas attendu à le retrouver sous la plume honnête et sévère du savant médecin de l'hôpital des Enfants. La question n'est pas de savoir si de pauvres pêcheurs se servent depuis plus ou moins longtemps de l'huile de foie de morue, par une sorte de dépravation du goût, mais bien si cette huile guérit. Or, nous craignons que, sur ce dernier point, les doutes exprimés par notre judicieux confrère n'aient dépassé la vérité. Pour nous, dont l'expérience assurément n'est pas aussi étendue que celle du médecin de l'hôpital des Enfants, et s'est faite exclusivement dans des conditions hygiéniques toutes différentes, nous demandons la permission de faire ici quelques réserves. C'est là d'ailleurs une question tout empirique et dont la solution est infaillible à un temps donné de la science.

Il nous resterait, pour avoir suivi M. Bouvier dans presque toute l'étendue de la longue route qu'il a parcourue, les faits en main, si nous pouvons ainsi parler, à exposer ses idées sur les courbures antéro-postérieures et latérales du rachis, qui servent de texte aux dernières leçons qu'il a publiées sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. Ce qui a trait à la scoliose surtout mériterait de nous arrêter particulièrement. On sait avec quel retentissement la question de l'étiologie physiologique, et surtout de la thérapeutique des courbures latérales du rachis, a été naguère agitée dans le monde médical et même un peu dans le monde extra-médical. M. Bouvier, dans cette partie de son livre, reprend cette question comme une question neuve, ou au moins comme une question un peu obscurcie par des préoccupations de toutes sortes, et la résout d'une manière sévèrement scientifique. Que tous ceux qui se rappellent ce débat passionné lisent la discussion grave, sérieuse, honnête, qu'y a substituée le savant médecin de l'hôpital des Enfants, et ils sentiront bien vite qu'ils sont là dans une tout autre sphère, la sphère pure de la science. Au reste, en même temps que

cette discussion est admirablement conduite, elle se maintient constamment dans les limites de la science et s'interdit toute récrimination passionnée. Lorsque l'auteur arrive à poser les bases de la thérapeutique de la scoliose, le terrain devenait plus brûlant encore ; il s'agissait de juger les sections sous-cutanées, comme méthode principale de cette thérapeutique ; mais l'auteur, avec un goût parfait, a su éviter cette voie torride et suivre une route moins scabreuse. Il s'est contenté de prononcer dans une note une courte oraison funèbre sur cette méthode, qui, en effet, est bien et dûment enterrée. Nous n'en dirons plus nous-même davantage sur ce point, et nous nous garderons bien de ne pas imiter une discrétion de si bon goût.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Cas de tétanos. — Hypnotisme suivant la méthode du docteur Philips.—Mort brusque après une seconde séance de magnétisme. — Les expériences d'hypnotisme qui occupent en ce moment, et avec si juste raison, le monde médical, m'ont fait penser à un fait fort curieux inscrit avec détail dans mes notes cliniques, et que j'ai observé en 1853 à l'hôpital civil d'Alger. A cette époque, il vint dans cette ville un élève de M. Philips, professeur d'électro-biologie, qui publia en 1855 un ouvrage sur son système magnétique. Cet élève y donna des séances qui furent très-suivies et dont tout le public s'entretint ; il y fit aussi, à son tour, des disciples ; des raisons majeures m'empêchèrent d'assister aux unes et d'être des autres, quoique j'en eusse le désir ardent. Mon vénéré maître, M. Foley, médecin en chef de l'hôpital civil, qui s'attachait, pour les connaître et les juger, à toutes les découvertes scientifiques ayant quelque rapport avec notre art, suivit avec ponctualité les leçons particulières du représentant de M. Philips ; il voulut ensuite faire lui-même des expériences et essayer l'application à la pathologie du système électro-biologique. Le fait que j'ai à rapporter montrera qu'il ne fut pas heureux dès son début ; comme s'il eût été inspiré sur les suites de sa première expérience, il choisit pour sujet de celle-ci un malade de sa salle, atteint d'un tétanos dont l'issue malheureuse avec la thérapeutique ordinaire nous semblait inévitable. Rapportons tout d'abord cette observation :

*Obs.* Cassat (Pietro), âgé de trente-trois ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin, né dans le Piémont, à

Alger depuis quatre ans, travaillait depuis plusieurs mois au port à jeter des pierres pour la formation des blocs. Il entra à l'hôpital civil le 22 juin au soir.

Le lendemain 23, nous le vîmes pour la première fois ; il nous dit ne pas se rappeler d'avoir jamais été malade depuis son enfance ; il n'a jamais eu d'accès de fièvre. Depuis huit jours, il s'apercevait que ses forces étaient diminuées ; il éprouvait de la céphalalgie frontale ; cinq ou six jours de siroco et un soleil ardent avaient augmenté ces symptômes ; il couchait la nuit dans une baraque mal fermée, et il avait très-souvent, pendant son pénible travail, les jambes dans l'eau.

Malgré sa céphalalgie, son dégoût et sa fatigue, Cassat avait continué pendant plusieurs jours son travail. Voici son état à son entrée à l'hôpital : forces diminuées ; membres inférieurs comme brisés ; facies non défait ; teint bilieux ; yeux un peu plus saillants que d'ordinaire ; céphalalgie frontale. Quand le malade ouvre la bouche, on dirait qu'il s'efforce un peu de desserrer ses mâchoires. Langue couverte de saburres jaunâtres ; appétit nul ; bouche fade et mauvaise ; appétence pour les acides ; pesanteur gastrique. Les muscles droits de l'abdomen sont un peu tendus et ne permettent que mal la palpation abdominale ; constipation ; urines rendues avec effort, un peu rouges. Respiration libre ; pouls à 65, normal pour l'intensité ; peau douce et humide partout. (Eau de Sedlitz émétisée ; limonade pour boisson ; bouillon le soir.)

Le 24 juin, deuxième jour de l'entrée. Même état général ; langue humide et plus nette ; épigastre douloureux ; muscles de l'abdomen tendus ; pas de selles. L'eau de Sedlitz émétisée n'a produit que des vomissements. Pouls normal ; peau humide ; gouttes de sueur coulant sur la face. (Bouillon ; tisane de séné ; lavement purgatif.)

Le 25, troisième jour. Selles liquides jaunes assez abondantes ; trismus prononcé. Langue humide ; pas de céphalalgie ; épigastre indolore. Roideur dans les muscles grands droits ; les membres inférieurs se plient difficilement. Urines rendues avec peine, rouges sans dépôt. Pouls à 65 ; peau humide, gouttes de sueur sur le visage qui est un peu plus rouge qu'à l'état normal ; les yeux continuent à être saillants. Peu de sommeil dans la nuit. (Lavement laudanisé ; cataplasme laudanisé sur l'abdomen ; potion avec 20 gouttes de laudanum.)

Trois heures du soir. M. Foley craint un peu de congestion cérébro-spinale. La bouche ne s'ouvre qu'avec peine, et d'un centimètre tout au plus. Les membres inférieurs sont plus roides. Pas de fièvre, pas de sensibilité exagérée. (Huit ventouses sur les côtés de l'épine ; bain de deux heures.)

Le 26, quatrième jour. Insomnie. Tête un peu inclinée vers le dos ; tension permanente des membres inférieurs ; les mâchoires s'ouvrent à peine de quelques lignes ; le malade éprouve un peu de gêne pour respirer. Les membres supérieurs ne participent nullement à la contraction. Constipation ; dysurie. Pouls à 68 ; peau un peu plus chaude qu'hier. (Bouillon ; bain prolongé ; potion avec 15 centigrammes d'extrait de belladone ; lavement huileux.)

Le 27, cinquième jour. Rigidité générale, excepté aux membres supérieurs; trismus plus grand. La peau est humide, un peu chaude; elle a une sensibilité exagérée en certains points; ainsi on ne peut toucher le malade aux aines sans le faire crier. De temps en temps, le malade a des secousses, des contractions subites générales et passagères. Le pouls est à 75. Constipation. (Bouillon; lavement émollient; huit ventouses scarifiées le long de l'épine; bain; potion avec 15 centigrammes d'extrait de belladone.)

Dans la soirée on prescrit un second bain prolongé et une seconde potion avec 15 centigrammes d'extrait de belladone.

Le 28, sixième jour. Le frisson est moins grand, la langue sort un peu; le malade se trouve bien quand il a les membres inférieurs dans la demi-flexion et que ses pieds s'appuient sur des coussins. Il y a eu un peu de sommeil dans la nuit. Constipation. Pouls à 80; peau plus chaude. (Potion avec 20 centigrammes d'extrait de belladone; bain prolongé le soir; puis potion avec 30 grammes d'huile de ricin et 2 gouttes d'huile de croton.)

Le 20, septième jour. La rigidité est moins grande partout. Les secousses sont plus rares. Dans la nuit, il y a eu deux selles claires. Les urines sont rouges et rendues avec douleur. (Deux potions contenant chacune 15 centigrammes d'extrait de belladone; bain de trois heures. Depuis plusieurs jours, on donne du lait au malade pour alimentation.)

Le 30, huitième jour. Le trismus est revenu intense. Le malade parle toujours avec difficulté. Il y a encore de temps en temps des secousses qui se remarquent surtout dans les membres inférieurs.

M. Foley, voyant l'affection s'accroître de nouveau, soumet le malade à son influence électro-biologique. Il lui place dans la main un disque brunâtre et brillant, qu'il lui prescrit, je crois, de regarder fixement. Après vingt minutes, l'action magnétique fut complète; l'état tétanique sembla effacé complétement. Sur l'injonction du médecin en chef, Cassat ouvrit grandement la bouche, agita les bras, les jambes, avec une extrême facilité.

M. Foley ayant ensuite passé ses doigts sur le front, la tempe ou la région sourcilière du malade à diverses reprises, Cassat redevint tétanique comme avant et ne se souvint plus de rien.

Dans la journée on continua la potion avec la belladone. Dans l'après-midi, le frisson nous sembla un peu plus fort; mais les jambes se fléchissaient sur les cuisses et étaient presque sans rigidité.

Le lendemain, nouvelle séance. L'action magnétique ou électro-biologique fut plus longue à se faire sentir; enfin, nous pûmes observer chez Cassat les mêmes phénomènes que la veille.

Quelques passes ou frictions remirent de nouveau le malade dans son état pathologique; il n'avait non plus aucun souvenir de ce qui s'était produit pendant la séance. Son air était plus hébété que la veille.

M. Foley se retira aussitôt. Après l'avoir accompagné, je rentrai dans la salle et je trouvai la sœur de service auprès de Cassat, qui ne présentait plus aucun signe de vie.

Le médecin en chef fut rappelé ; divers moyens furent essayés en vain pour ramener la vie ; tout était bien fini pour Cassat.

Je ne connais le système électro-biologique de M. Philips que par cette observation et quelques comptes rendus de son ouvrage publié en 1855. Je n'ai jamais eu l'occasion d'acheter celui-ci, ce que je me suis pourtant assez souvent promis de faire ; car je tenais à ne publier le fait que je viens de raconter qu'après avoir lu cet ouvrage. Si je donne aujourd'hui cette histoire pathologique, c'est parce que le nom de M. Philips vient d'être invoqué par M. le docteur Burcq, de Paris ; ce médecin dit, et je le pensais, que les phénomènes de l'hypnotisme sont exposés avec détail dans l'ouvrage intitulé : *Electro-dynamisme vital.* Enfin, on a parlé des dangers de l'hypnotisme, et j'ai cru qu'il était de mon devoir de donner dans tous ses détails l'observation que j'avais recueillie à l'hôpital d'Alger, en 1853. Je ne doute point que si M. Foley eût vécu, il n'eût lui-même publié ce fait dans ce moment.

Dans ma pensée, l'affection de Cassat l'eût inévitablement conduit à la mort ; l'amélioration obtenue par l'extrait de belladone et les bains prolongés n'avait pu se maintenir longtemps. Nous croyons néanmoins utile de le faire remarquer : si une terminaison funeste nous paraissait devoir ici se produire, il a été toujours dans notre idée que la mort brusque, survenue le 1er juillet, était le résultat d'un épuisement vital excessif produit par la dernière séance magnétique. L'autopsie ne fut pas faite, mais rien ne peut nous faire songer à une apoplexie. Quoi qu'il en soit, nous pensons que l'histoire de Cassat mérite de fixer l'attention des médecins qui se livrent aux expériences d'hypnotisme. A. Ronzier-Joly, D.-M.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Asphyxie chloroformique** *traitée avec succès par la faradisation du diaphragme et la compression méthodique du bas-ventre.* Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur la cause des accidents produits par le chloroforme, l'utilité de la respiration artificielle ne saurait être contestée. Reste à savoir quel est le meilleur moyen de la produire. L'insufflation se présente naturellement la première à l'esprit, et elle a en effet déjà donné dans quelques cas d'heureux résultats. Mais lorsqu'on a sous la main un appareil de faradisation, on peut en tirer, en pareil cas, un très-utile parti, ainsi que cela a eu lieu dans le fait suivant, où l'insufflation avait déjà été faite sans succès.

*Obs.* — Un petit garçon de quatre ans, auquel M. Friedberg se proposait d'enlever une tumeur enkystée de la paupière, fut chloroformé à l'aide d'une éponge fixée sur une compresse et sur laquelle on avait versé 4 grammes au plus de chloroforme. M. Friedberg, occupé à donner quelques instructions, avait confié pendant deux minutes environ la chloroformisation à ses aides. Au moment où il revint au-

près du malade, il s'aperçut que ses traits étaient profondément altérés et qu'il respirait à peine; bientôt la respiration s'arrêta tout à fait. On mit rapidement l'enfant sur son séant, on ouvrit les fenêtres, on aspergea la face et la poitrine d'eau froide, on présenta de l'ammoniaque aux narines; M. Friedberg passa une petite éponge par-dessus l'épiglotte pour débarrasser le larynx des mucosités qui pouvaient s'y être accumulées, et pour provoquer la toux; on pratiqua alternativement sur le thorax des frictions et des flagellations avec des compresses trempées dans l'eau froide. Ces manœuvres duraient depuis deux ou trois minutes, quand le pouls s'arrêta à son tour.

On procéda aussitôt à la respiration artificielle, en refoulant les viscères abdominaux vers le diaphragme, qui n'opposait aucune résistance, et abandonnant ensuite, suivant le rhythme normal de la respiration, le diaphragme à son élasticité. Au bout de trois minutes, rien n'était changé dans l'état du malade; le diaphragme ne se contractait pas. M. Friedberg eut alors recours à la faradisation du diaphragme, à l'aide de l'appareil à induction de M. Dubois-Raymond. L'un des électrodes fut appliqué sur le nerf phrénique, dans le point où le muscle omo-hyoïdien croise le bord externe du sterno-mastoïdien; l'autre électrode fut passé aussi énergiquement que possible dans le septième espace intercostal. Ces applications furent faites alternativement des deux côtés, et l'on donna à chacune la durée d'une inspiration profonde. Après la dixième interruption, on aperçut un soulèvement de la paroi abdominale, signe d'une contraction du diaphragme, d'abord seulement du côté soumis au courant, puis des deux côtés à la fois, et accompagné d'un bruit analogue à celui que produit le hoquet. On suspendit la faradisation un instant, et l'enfant exécuta trois inspirations spontanées. On remarqua alors une rougeur subite et passagère de la face, et l'on sentit de nouveau le pouls radial. Cependant les mouvements respiratoires et le pouls s'affaiblissaient de plus en plus. On se contenta de revenir à la compression méthodique du bas-ventre et aux moyens employés au début. Au bout de vingt minutes, à partir du début des accidents, l'anesthésie commençait à disparaître, l'enfant ouvrait les yeux et criait, la face avait repris sa coloration normale; on put procéder à l'opération. L'enfant s'endormit bientôt après; et quand il se réveilla, une heure plus tard, il ne restait aucune trace de l'accident.

C'est à l'heureuse combinaison de la faradisation avec la compression méthodique du bas-ventre qu'est dû, dans ce cas, le véritable rappel à la vie. Cette observation montre, en outre, la supériorité de ces deux moyens combinés sur l'insufflation. (*Arch. für pathol. Anat.* et *Gazette hebdom.*, décembre 1859.)

---

**Chancre** *ganglionnaire phagédénique, traité avec succès par le coaltar*. Il ne faudrait pas qu'à un engouement exagéré succédât tout à coup un abandon qui ne serait pas plus raisonnable. Ceci soit dit du coaltar qui semblait d'abord devoir s'appliquer à tout et dont on parle à peine aujourd'hui. Une expérimentation lente et réfléchie est le seul moyen de se fixer sur la valeur réelle et définitive de ce moyen. Voici un exemple de cette manière de procéder emprunté au service de M. le professeur Jarjavay, à Loureine.

Louise V***, âgée de vingt-quatre ans, entre à Lourcine le 17 octobre dernier, portant au-dessous du pli de l'aine à droite un vaste chancre phagédénique résultant d'une tumeur ganglionnaire abcédée plus de deux mois auparavant et ayant successivement envahi tous les téguments placés au niveau de l'arcade crurale, jusqu'à l'épine iliaque, puis la région pelvienne tout entière; elle portait en outre deux autres ulcérations de même nature, l'une au front, la seconde sur l'épaule gauche, produites toutes deux par une inoculation faite involontairement avec les doigts de la malade. L'ulcération du front, située en haut et à gauche, avait gagné le cuir chevelu; celle de l'épaule s'est étendue dans la région sus-claviculaire, depuis le bord antérieur du trapèze jusqu'à l'acromion.

La malade a été mise à l'usage du protoiodure de mercure, à la dose de 5 centigrammes, et pansée avec le vin aromatique. Au bout de huit jours l'abondance et la fétidité de la suppuration ne faisant que s'accroître, M. Jarjavay eut l'idée de recourir au coaltar. La première application fut faite le 25 octobre. Bientôt le pus parut modifié dans sa quantité et sa qualité, la marche de l'ulcération fut moins rapide et le travail de cicatri-

sation commença. — Le 5 novembre les plaies avaient cessé de s'étendre et étaient cicatrisées dans le tiers environ de leur étendue. — Le 15, la moitié environ présentait une cicatrice blanchâtre, résistante, et dès les premiers jours de décembre, la cicatrisation était complète.

Si ce fait laissait du doute dans l'esprit à l'égard de l'influence directe du coaltar sur la rapidité de la guérison, il suffirait de le rapprocher du fait suivant qui en fera mieux ressortir la signification par le contraste.

Dans la même salle était couchée une femme affectée d'un chancre phagédénique, occupant la grande lèvre gauche et la partie supérieure de la cuisse du même côté. Ce chancre avait paru cinq mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, et sept mois après elle était à peine guérie.

Enfin, dans un cas de tubercule ulcéré syphilitique, ce moyen a également paru hâter la cicatrisation, en modifiant heureusement la sécrétion du pus.

Il est bon de ne pas se hâter de rejeter dans l'oubli un moyen qui peut produire de pareils résultats. (*Journ. du Progrès*, décembre 1859.)

---

**Dyssenteries.** *Traitement de la forme chronique, par la viande crue et le perchlorure de fer*. La fréquence des dyssenteries, dans ces derniers temps, a naturellement appelé l'attention des praticiens sur les moyens d'en combattre les différentes formes et les différents degrés. La Société de médecine de Bordeaux ayant mis récemment cette question à son ordre du jour, plusieurs membres de cette Société ont fait connaître les résultats qu'ils ont obtenus de l'emploi du perchlorure de fer et de la viande crue dans la dyssenterie chronique. L'opinion n'étant pas encore complétement faite sur la valeur de ces deux agents dans le traitement de la dyssenterie, nous avons pensé qu'on lirait avec intérêt l'exposé des résultats qu'ont donnés les essais faits par deux membres distingués de cette Société.

M. Dupuy a employé le jus de viande crue en boisson et en lavement chez deux enfants, âgés l'un de onze mois et l'autre de trois ans et demi, et il leur a fait prendre en même temps du sirop de perchlorure de fer. Ces deux enfants n'avaient pas précisément la même affection. Chez l'un il y avait eu dyssenterie très-intense, donnant lieu à un très-grand nombre de selles; ces selles, d'abord sanguinolentes, sont devenues puriformes, et l'enfant est parvenu à un état de faiblesse extrême, qui persistait même encore après un mois de convalescence. Le petit malade prenait, par cuillerée à café, un sirop composé d'un gramme de perchlorure pour trente-deux grammes de sirop; puis dans les premiers jours, deux ou trois lavements avec le jus de viande crue; puis, lorsque l'estomac a pu le supporter, ce jus de viande a été donné par la bouche; et enfin on a mêlé, après quelque temps, un peu de pulpe au jus. Ce régime a duré un mois, au bout duquel l'enfant a guéri en conservant une grande faiblesse. Quant à l'autre enfant, il avait eu des vomissements et de la diarrhée sans dyssenterie; et après avoir essayé inutilement les vésicatoires, les astringents divers, le bismuth, la magnésie calcinée, etc., on a administré le sirop de perchlorure et le jus de viande, et il est guéri. Comme le perchlorure seul n'a pas eu, dans des cas analogues, la même efficacité, M. Dupuy est porté à attribuer les guérisons obtenues plutôt à l'usage du jus de viande qu'à celui du perchlorure.

Dans deux cas très-graves de dyssenterie, dont l'un s'est terminé par la mort, après la diminution des premiers accidents, lorsque la faiblesse des malades indiquait la nécessité d'une alimentation à laquelle le tube digestif se refusait, M. Méran a administré la viande crue hachée, associée à de la gelée de groseilles, qui masque complétement le goût de la viande. Les premiers jours, cela lui a paru avoir un bon résultat. L'un des deux malades, dont l'estomac ne pouvait pas supporter le bouillon, semblait digérer très-bien la viande crue; mais il y a eu bientôt dégoût, non à cause du goût de la substance, mais parce que l'estomac n'agissait plus sur elle. Il a fait ajouter quelques pincées de pepsine à la viande, et cela a facilité la digestion. Sous l'influence de cette alimentation, le mieux s'est un moment produit chez le malade qui a succombé, et, chez le second, l'amélioration s'est prolongée et a permis d'arriver à la guérison. Le perchlorure de fer a été essayé aussi chez ces deux malades; mais alors les coliques, qui avaient disparu sous l'influence des opiacés, ont été vivement réveillées, et il a fallu en cesser l'emploi. Il a produit un meilleur effet chez les enfants à dyssenterie faible et indolente; ce qui

semblerait indiquer qu'il convient mieux, en effet, ainsi qu'on l'a dit, dans la forme chronique de la dysenterie, ou du moins après la disparition de toute acuité dans les accidents inflammatoires. (*Union méd. de la Gironde*, novembre 1859.)

---

**Entropion** (*Traitement de l'*) *et du trichiasis par la ligature*. La plupart des opérations appliquées à l'entropion ont pour but, comme on le sait, de raccourcir la face cutanée de la paupière, de façon à en éloigner le bord du globe oculaire, soit en le relevant s'il s'agit de la paupière supérieure, soit en le renversant en bas si l'on opère sur la paupière inférieure. M. Williams, de Cincinnati, remplit ce but par la ligature. Il se sert, à cet effet, d'une ligature large, composée de plusieurs fils, et, pour l'appliquer, d'aiguilles courbes fixées sur des porte-aiguilles. La pointe de l'aiguille est introduite par la face cutanée de la paupière, très-près de son bord libre, et pénètre, en passant derrière l'orbiculaire, à une distance variable, suivant le degré de l'affection; dans les cas graves, M. Williams fait passer la ligature depuis le bord libre de la paupière jusqu'au bord inférieur du sourcil. Le fil étant ainsi placé verticalement, c'est-à-dire perpendiculairement au grand diamètre de la paupière, on le tend avec assez de force pour étrangler complétement les tissus compris dans l'anse.

Le nombre des ligatures nécessaires pour arriver à un résultat favorable dépend de la gravité et de l'étendue de l'affection; lorsque l'entropion ou le trichiasis occupe toute la longueur de la paupière, quatre ligatures suffisent ordinairement; mais il est des cas où huit fils ne sont pas de trop.

M. Williams emploie les ligatures dans les cas de trichiasis, comme dans ceux d'entropion; c'est seulement lorsque le trichiasis est partiel et léger qu'il se contente d'exciser un pli elliptique de la peau, perpendiculairement à la direction de la paupière. Presque toujours, dit-il, la guérison a été complète, et dans aucun cas il n'y a eu d'accidents sérieux. Une seule fois un petit abcès s'est formé sur le trajet du fil; mais le succès de l'opération n'en a pas été compromis. Lorsque les ligatures embrassent une grande étendue de la paupière, et surtout lorsqu'elles sont appliquées simultanément aux deux paupières, il peut arriver que le malade se trouve pendant quelque temps dans l'impossibilité d'opérer l'occlusion complète de ces voiles; mais l'occlusion complète ne tarde pas à redevenir possible. Enfin, le gonflement assez considérable qui peut succéder à l'opération est toujours sans gravité. (*Cincinn. Lancet* et *Gaz. hebdom.*, décembre 1859.)

---

**Ephélides**. *Traitement par la teinture d'iode*. Chacun sait avec quelle facilité la teinture d'iode, employée à l'extérieur contre les douleurs rhumatismales ou les engorgements ganglionnaires, fait écailler la peau. Cette circonstance, jointe à la connaissance de la propriété qu'a l'iode de modifier profondément la sécrétion pigmentaire, a inspiré à M. le docteur Gouriet (de Niort) l'idée d'employer la teinture d'iode dans le traitement des éphélides ou taches hépatiques (ce que M. Boinet a d'ailleurs proposé déjà dans son *Iodothérapie* pour un grand nombre de maladies de la peau). Quatre personnes, dont trois avaient la poitrine et le dos ainsi qu'une partie des bras garnis de ces taches, et dont une avait conservé sur le front le masque de la grossesse, furent traitées ainsi avec un entier succès.

Voici comment a procédé M. Gouriet et quels sont les effets qu'il a constatés.

Après une première friction, l'épiderme commence à se détacher; mais le réseau de Malpighi n'étant point attaqué, et la tache, quoique pâlie, persistant encore, il fait une seconde friction le quatrième jour; une troisième, faite après le même laps de temps, achève de tout enlever.

Sur les quatre cas en question, il n'a observé qu'un seul exemple de récidive depuis plus d'un an.

Quant à la question de nocuité ou d'innocuité de cette manière d'agir, elle paraît à M. Gouriet résolue par ses essais dans ce dernier sens. Il a pu, dit-il, en une séance couvrir tout le tronc d'un adulte d'une couche épaisse de teinture d'iode sans déterminer autre chose que des démangeaisons; il en avait employé 40 grammes.

La teinture d'iode serait donc d'après cela préférable aux divers moyens employés jusqu'ici contre cette affection, préférable aux bains sulfureux, par exemple, pour l'efficacité, et à la teinture d'ellébore blanc préconisée par quelques praticiens, pour l'innocuité.

Reste à se demander si cette action topique, suffisante peut-être pour modifier et détruire même complétement les éphélides de cause purement locale, aura la même efficacité pour combattre les éphélides de cause interne. Il est permis d'en douter, et M. Gouriet est aussi de cet avis. (*Gaz. des Hôpit.*, décembre 1859.)

**Fissure à l'anus**. *Traitement par le chloroforme; insuccès.* Avant d'admettre une opinion définitive sur la valeur d'une médication nouvelle, il est nécessaire de l'avoir vu mettre en œuvre sur un certain nombre de malades de constitutions ou d'idiosyncrasies différentes et par différents praticiens. On se souvient que M. le docteur Chapelle, d'Angoulême, a proposé pour le traitement des fissures anales un moyen très-simple, et dont il a constaté d'excellents effets: l'emploi du chloroforme mitigé par l'alcool porté directement sur le siége du mal à l'aide d'un pinceau introduit profondément dans l'anus, après avoir convenablement écarté les bords de son orifice. Ce traitement, d'après M. Chapelle, aurait réussi quatorze fois sur quatorze malades, quatre fois après une seule application, six après deux, trois après trois, une seule après quatre applications. Frappé d'un résultat aussi encourageant, M. le docteur Gaussail, de Toulouse, a saisi la première occasion de le vérifier. Voici dans quelles circonstances et avec quels résultats:

Une jeune femme, Mme de M***, trois semaines après son premier accouchement, eut une fissure à l'anus peu profonde, mais très-douloureuse au toucher. Un traitement mixte, consistant en cautérisations associées aux purgatifs, et à l'emploi topique de la belladone ou des lavements de ratanhia, fut suivi d'un notable amendement, mais sans amener toutefois une guérison complète. M. Gaussail eut alors l'idée de recourir à l'emploi du chloroforme, d'après la formule indiquée par M. Chapelle.

Pr. Chloroforme.... 10 grammes.
Alcool......... 5 grammes.

Une première application, faite le 28 avril, fut suivie immédiatement d'une douleur brûlante, qui augmenta pendant une minute à peu près, en même temps qu'une chaleur vive se répandait dans toute l'économie; elle diminua ensuite, resta un moment stationnaire, s'amoindrit encore; et au bout de six minutes il n'en restait plus qu'une sensation tout à fait vague.

Mme de M*** avait une sœur, Mme de R***, affectée de la même maladie qu'elle, déjà traitée aussi en vain par la méthode mixte dont il a été question, et qui, en présence de ce résultat, consentit immédiatement à se soumettre à ce mode de traitement que jusque-là elle avait repoussé. La douleur au contact du chloroforme se montra bien plus violente que dans le cas précédent. Elle s'accompagna également de la même sensation de chaleur généralisée, mais sa période d'accroissement dura près de dix minutes pendant lesquelles la malade se concentrait pour ne point crier et se tordait en tous sens; enfin elle devint de moins en moins cuisante, mais n'en persista pas moins pendant près de trois heures. — A quatre jours d'intervalle (2 mai), nouvelle application du chloroforme sur les deux malades; mêmes résultats. — Quatre jours plus tard, troisième application, mêmes résultats, mais avec un degré plus considérable de violence et de prolongation chez la seconde malade. Elle se roulait sur le parquet, en proie à un véritable supplice qui la forçait à placer de temps à autre son siége sur une table de marbre. A dater de ce moment elle se refusa obstinément à toute nouvelle application. — Quant à Mme de M***, deux autres applications, toutes deux de mieux en mieux supportées, suffirent pour amener une guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

On voit d'après ces deux faits un exemple de la différence d'effets d'une même médication dans des circonstances semblables d'ailleurs, mais chez des malades d'idiosyncrasies différentes. Il y a lieu d'en tenir compte afin de ne pas se fier d'une manière trop absolue sur l'action d'un médicament dont l'utilité d'ailleurs ne saurait être contestée (*Journ. de Médec. de Toulouse*, novembre 1859.)

**Herniotomie**, *chez une femme en couches*. L'étranglement herniaire est un des accidents rares de la grossesse et de la période puerpérale. Par suite du développement que prend l'utérus durant la gestation, la masse intestinale, refoulée en haut, se trouve éloignée des canaux inguinaux et cruraux, c'est-à-dire des ouvertures qui le plus habituellement donnent passage aux hernies, et l'utérus, appliqué contre ces ouvertures, les barre en quelque sorte et met obstacle à

tout déplacement viscéral qui pourrait se faire par ces points de l'abdomen. Si, par conséquent, une femme qui devient enceinte a une hernie réductible non adhérente, cette hernie disparaîtra momentanément par le fait même de la grossesse; et, l'accouchement une fois passé, la hernie pourra récidiver, mais ne pourra plus facilement rentrer dans le même sac, parce que celui-ci aura eu le temps de s'oblitérer à son collet pendant la durée de la grossesse. Donc ,pour redescendre après les couches, la hernie est obligée de se former un nouveau sac, en entraînant une nouvelle portion de péritoine. De cette manière il y aura deux sacs situés l'un à côté de l'autre : l'un ouvert, contenant les parties herniées; l'autre fermé, se présentant sous forme de kyste. Tel est le mode de formation des kystes séreux qui compliquent quelquefois les tumeurs herniaires. L'observation suivante, rapportée par M. le docteur Kuhn, de Niederbronn, en même temps qu'elle tend à éclairer la pathogénie de ces sortes de kystes, offre de l'intérêt, à cause de la complication puerpérale qui, dans cette circonstance, n'a pas exercé d'influence fâcheuse sur la marche du traitement. Il s'agit d'un cas de hernie étranglée, opérée le cinquième jour de l'accouchement.

Une femme, âgée de quarante-trois ans, devint enceinte pour la sixième fois, vers la fin de janvier 1859. Pendant un accès de convulsions hystériformes, caractérisées surtout par des spasmes abdominaux, il se forma une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dans l'aine gauche : c'était une hernie; la malade porta quelque temps un bandage sans que la tumeur fût réduite. Cependant les spasmes du bassin se reproduisirent fréquemment, pendant le cours de la grossesse; elle parvint néanmoins au terme et éprouva les premières douleurs du 22 au 23 octobre; la délivrance n'eut lieu que le 25. Les efforts de la parturition n'eurent aucune influence sur la tumeur de l'aine, et tout alla régulièrement jusqu'au 29. Ce jour-là, s'étant levée et ayant pris froid, la malade ressentit aussitôt ses anciennes douleurs abdominales; la tumeur de l'aine prit un volume double de celui qu'elle avait auparavant; des vomissements survinrent, le ventre se tuméfia et devint douloureux, les évacuations alvines furent supprimées; bref, tous les signes de l'étranglement se présentèrent. M. Kuhn, appelé le lendemain, reconnut une hernie inguinale. Il essaya le taxis à plusieurs reprises, mais sans succès. Il fallut recourir à l'opération. La peau et le tissu cellulaire incisés, l'opérateur saisit, à l'aide d'une pince, la pellicule du sac, qu'il incisa en dédolant; il s'écoula une quantité assez notable de sérosité limpide, et il crut avoir ouvert le sac herniaire. Mais il n'avait pénétré que dans un kyste contigu au sac; car en portant l'indicateur de la main gauche vers l'anneau pour faire le débridement, il ne put parvenir à engager l'extrémité du doigt entre l'intestin et le bord libre de l'anneau, parce qu'un tissu membraneux recouvrait le tout et faisait dévier le doigt. Il fallut donc continuer cette dissection et inciser la pellicule péritonéale qui recouvrait l'anse de l'intestin, comme il avait été fait pour la première enveloppe. On arriva ainsi dans un second sac, qui était le véritable sac herniaire. L'intestin étant à découvert, il fut aisé alors, en glissant le doigt sous le bord de l'anneau, de le débrider. La réduction fut faite à l'instant, et la plaie réunie par deux points de suture placés de manière à ne pouvoir empêcher la sérosité ou le pus de s'écouler.

Le lendemain, la malade eut une selle spontanée (cinq heures après l'opération). Les suites de l'opération furent des plus heureuses; quelques doses répétées d'huile de ricin suffirent pour entretenir les selles, et le dixième jour après l'opération la plaie était en voie de guérison. Le 6 décembre, la malade avait repris ses occupations. (*Gaz. méd. de Paris*, décembre 1859.)

---

**Névralgies.** *Traitement par des affusions d'éther.* On connaît les effets de l'application topique du chloroforme ou de l'éther chlorhydrique chloré sur des points douloureux, effets utiles, mais tellement fugaces, par suite de l'extrême rapidité avec laquelle ces substances se volatilisent, qu'on ne peut pas toujours compter sur leur efficacité. M. Betbeder, de Bordeaux, a communiqué à la Société de médecine de cette ville les résultats d'un mode particulier d'application locale de l'éther, dont il assure avoir eu à se louer. Il consiste à verser des doses un peu fortes d'éther sur le point le plus douloureux, 15, 30 et 60 grammes, et à l'y retenir au moyen

d'un petit carré de linge, placé d'avance, tenu exactement collé à la peau, sans qu'aucun pli puisse l'en écarter, et cela, en faisant tenir ce linge par une personne qui appuie les doigts sur le pourtour du carré du linge. Tout l'éther versé est ainsi tenu en contact avec la peau. On le verse sur le linge par petites quantités; on suspend une minute pour le laisser évaporer; on verse encore, et l'on suspend de nouveau alternativement, tenant le pouce sur l'ouverture du flacon. On fait des applications semblables sur un second et sur un troisième point douloureux, s'il en existe d'autres très-prononcés.

Dans les névralgies récentes, M. Betbeder dit avoir obtenu presque toujours un calme notable, souvent immédiat, instantané, et assez souvent aussi définitif, sans apparition nouvelle de la douleur. — Dans les névralgies anciennes, l'effet a été beaucoup moindre mais cependant assez notable, dans plusieurs cas. Dans un cas de céphalalgie intense, accompagnant une entérite simple aiguë, il a obtenu également un soulagement notable, en versant une forte dose d'éther sur le cuir chevelu, par petites quantités, en quelques minutes. Les cheveux remplacent dans ce cas le petit carré de linge pour maintenir l'éther sur le point douloureux; mais il faut les écarter avec soin en versant l'éther, afin qu'il se répande au-dessous d'eux et ne glisse pas par-dessus.

Ce moyen, dont nous sommes d'autant plus disposés à reconnaître les bons effets, qu'il se rapproche assez en définitive d'une pratique très-ancienne et très-usuelle, si ce n'est pas la même, est-il préférable aux pommades et aux liniments chloroformés qui ont été mis en usage depuis quelques années? Il faudrait essayer des deux moyens comparativement pour en juger, et, si les effets étaient les mêmes, les liniments seraient encore préférables, à notre avis. (*Union méd. de la Gironde*, novembre 1859.)

---

**Ventilation** *d'après la méthode de M. le professeur Bouisson, appliquée avec succès à une plaie contuse du pied droit.* Nos lecteurs se rappellent le procédé de ventilation des plaies imaginé et préconisé par M. le professeur Bouisson, de Montpellier. L'application de ce procédé vient de donner entre les mains d'un chirurgien de la marine, M. le docteur Féraud, des résultats qui confirment les bons effets déjà constatés par M. Bouisson.

Un matelot, âgé de vingt-quatre ans, reçut un coup violent sur la partie inférieure de la face postérieure de la jambe, d'où résulta une plaie contuse de 5 centimètres de longueur sur 8 millimètres de largeur, peu profonde, il est vrai, mais entourée de vastes ecchymoses et située au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille, presque au niveau des malléoles. Cet homme ayant continué, malgré cela, à se livrer à ses rudes travaux, se présenta le 10 septembre à la visite, boitant et pouvant à peine s'appuyer sur son membre; le pied était alors le siége d'un gonflement marqué aux environs de l'articulation tibio-tarsienne. La plaie, couverte d'une croûte noire, laissait sourdre un peu de suppuration. Les parties voisines étaient violacées, engorgées, douloureuses et sales. Pas de réaction fébrile; état général excellent. On se borna à laver le pied et à appliquer des cataplasmes pour faire tomber la croûte; on put constater alors l'état réel des parties : la plaie avait près de 9 millimètres de profondeur, le fond était grisâtre et ne paraissait avoir qu'une faible tendance à la production des bourgeons charnus; les bords se renversaient en dehors; ils étaient décollés, tuméfiés et saignants. Le pourtour de la plaie était rouge violacé, et le gonflement du pied avait diminué; mais les mouvements de flexion et d'extension étaient douloureux. La plaie fut cautérisée avec le nitrate d'argent et pansée au cérat simple.

Du 11 au 16 septembre il ne se fait aucune amélioration dans l'état de la plaie, qui n'a aucune tendance à la cicatrisation.

Le 17, M. Féraud se décide, en présence de cet état stationnaire, à recourir à la ventilation. Elle est pratiquée à l'aide d'un soufflet ordinaire pendant un quart d'heure; à la fin de l'opération, la plaie est parfaitement desséchée, à tel point qu'un linge fin appliqué dessus ne s'imprègne d'aucune humidité. Le pied est laissé à l'air sans aucune pièce de pansement, et le repos est recommandé au malade. A midi, à quatre heures et à huit heures du soir, il ventile lui-même la plaie pendant le temps prescrit (un quart d'heure).

Le 18 sepembre, la plaie est recouverte d'une croûte jaunâtre peu épaisse, parfaitement sèche, occupant tout le fond de la plaie et empiétant sur les

bords. Les mouvements ne sont pas douloureux.

Le 19, la plaie a diminué d'étendue, le fond est rose, et les bourgeons charnus paraissent prêts à se développer. Les bords sont très-bien recollés et ne sont plus ni renversés au dehors ni gonflés, quoique encore assez saillants (on continue la ventilation).

Le 21, la plaie est réduite à 2 centimètres de longueur sur 1 millimètre de largeur; le fond s'est exhaussé et les bords sont très-bien revenus à l'état normal, de sorte que la plaie est à peine un peu déprimée. Il n'y a plus ni décollement, ni gonflement.

Le 23, au dessous de la croûte (chaque ventilation est suivie de la formation d'une croûte plus ou moins épaisse), on voit une cicatrice rouge et linéaire de 15 millimètres de longueur sur moins de 1 millimètre de largeur, cicatrice solide et dont le pourtour est sain.

Le 24, la cicatrice a pâli, au point qu'elle est à peine un peu plus colorée que le restant de la peau; elle est parfaitement solide. Le matelot a son *exeat* et reprend son service (*Montpell. méd.*, décembre 1859).

# VARIÉTÉS.

## ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

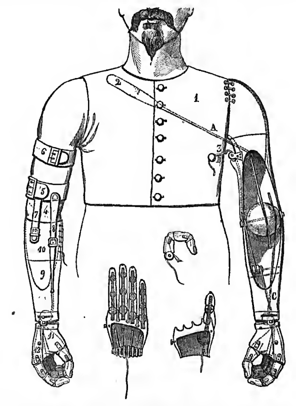
*Bras et avant-bras artificiels; modèle de Van Peeterssen.*

Les anciens chirurgiens voyaient surtout dans leur art le but qu'ils poursuivaient, aussi n'hésitaient-ils pas à faire entrer dans son histoire tout ce qui pouvait concourir à assurer ce but. A ce titre la prothèse qui remédie aux mutilations figurait dans leurs ouvrages au même titre que les procédés opératoires qui créent ces pertes de substance, et cela à une époque où l'industrie ne pouvait encore fournir à cette branche de la thérapeutique chirurgicale que des tentatives grossières. Prenons comme exemple les figures qui nous sont données par Amb. Paré, le plus complet de tous les auteurs à cet égard. Aujourd'hui que le progrès des arts mécaniques fournit des secours incontestables et pourrait en produire de plus précieux encore, toutes ces notions ont disparu de notre littérature médicale. Qu'un chirurgien vienne à être consulté sur le moyen de parer à la plus simple des mutilations, il ne sait que répondre, car il ignore et les essais tentés et l'état de l'art en ce qui concerne ce point spécial de prothèse. Le chirurgien se voit forcé d'envoyer son client consulter les fabricants d'appareils et de les livrer à leurs essais.

Il y a donc là une lacune qu'il importe de combler. Nos lecteurs nous rendront cette justice, qu'il n'est pas de journal qui saisisse avec plus d'empressement que le *Bulletin de Thérapeutique* les occasions de mettre en relief les ressources réelles de la prothèse. Lors de la dernière exposition, nous n'avons pas manqué de signaler les pièces les plus importantes qui figuraient dans les vitrines des fabricants. Depuis, chaque fois qu'un appareil utile se produit, une description accompagnée d'un dessin ne tarde pas à figurer ici, afin de servir à une histoire de la prothèse. Aujourd'hui nous avons à nous occuper des moyens de parer aux mutilations du membre supérieur.

Un grave accident arrivé à un éminent artiste est venu appeler l'attention sur les services que pouvait rendre la prothèse; grâce à un bras fabriqué par M. Charrière, M. Roger a pu reparaître sur la scène de l'Opéra. Nous devons mettre à profit la circonstance et enregistrer les divers essais tentés dans cette voie, et nous n'entendons parler que des essais dont nous avons été le témoin, c'est-à-dire des appareils que nous avons vu fonctionner.

Les premiers en date sont les bras et avant-bras d'un sculpteur hollandais, M. Van Peeterssen, dont nous reproduisons ci-dessous la figure. Du côté droit est un modèle d'avant-bras, et du côté gauche un modèle de bras entier, qui furent soumis à la sanction de l'Académie des sciences en 1844. Nous nous bornons à reproduire les parties importantes du rapport de M. Magendie.



« Nous ne donnerons pas ici la description détaillée du bras artificiel de M. Van Peeterssen ; cette description se trouve dans le brevet d'invention qu'il a pris. Nous n'en dirons que ce qui est nécessaire pour en faire comprendre le mécanisme.

« Et d'abord, nous ferons remarquer que le bras de M. Van Peeterssen ne s'adapte pas indifféremment à tous les manchots. Ceux-là seuls qui ont conservé intacte la partie supérieure de l'humérus sont aptes à en profiter. L'anatomie nous explique parfaitement cette nécessité. A l'extrémité scapulaire de l'os du bras s'insèrent un nombre considérable de muscles qui, partant soit du tronc, soit des os de l'épaule, sont les principaux agents des nombreux mouvements du bras. Tous ces mouvements, le moignon les exécute encore : il s'écarte du corps, s'en rapproche, se porte en avant, en arrière, avec une énergie d'autant plus grande, que le levier interpuissant qu'il représente est plus court. M. Van Peeterssen a pensé qu'on pouvait tirer parti de ces mouvements, ou plutôt des forces musculaires qui les produisent, et c'est sur cette donnée fondamentale qu'il a fondé son invention.

« Le bras artificiel est formé de trois parties articulées, qui représentent le bras, l'avant-bras et la main ; celle-ci se compose elle-même d'une sorte de

carpe, de doigts à triples phalanges mobiles maintenus dans un état persistant de flexion et d'opposition avec le pouce par des ressorts. Le tout pèse à peine 500 grammes.

« Le moignon du manchot est reçu dans une excavation de l'appareil, et y est solidement fixé par des courroies, de sorte qu'il transmet facilement au bras artificiel les mouvements qu'il exécute lui-même, c'est-à-dire qu'il le porte en avant, en arrière, en dehors, en dedans, etc. Mais ce n'était là que le plus facile ; on a vu des manchots attacher un bâton, un crochet à leur moignon, et en user avec adresse.

« La véritable difficulté était de faire jouer les unes sur les autres les différentes pièces de l'appareil, de manière à simuler les mouvements réciproques de l'avant-bras sur le bras, de la main sur l'avant-bras, et des doigts sur eux-mêmes. Ce résultat compliqué, mais indispensable pour reproduire quelques-uns des usages du bras et de la main. M. Van Peeterssen l'a obtenu à l'aide du procédé que voici : Un corset est appliqué sur la poitrine ; à ce corset tiennent des cordes à boyau A, B, qui sont fixées, d'ailleurs, les unes à l'avant-bras C, les autres aux doigts. Quand le manchot porte son moignon en avant, il exerce une traction sur l'avant-bras qui se fléchit sur le bras. Quand, au contraire, le moignon est reporté en arrière, l'avant-bras s'allonge et s'écarte du bras. Par ce double mouvement, la main se rapproche ou s'éloigne de la bouche, à la volonté du manchot.

« Les mouvements des doigts indispensables pour saisir les objets sont produits par un mécanisme analogue et non moins ingénieux : des cordes fixées au corset par une extrémité vont s'attacher au côté dorsal des doigts fléchis. Quand le moignon s'écarte du corps, il tire sur les cordes, surmonte la résistance des ressorts, étend les doigts et ouvre la main. Pour saisir, le manchot n'a plus qu'à conduire sa main ainsi ouverte à la portée de l'objet ; il ramène ensuite doucement le moignon vers le tronc. Alors les ressorts fléchissent de nouveau les doigts, la main se ferme, l'objet est saisi d'une façon d'autant plus solide que chacun des doigts agit indépendamment des autres et presse isolément sur le point qu'il touche.

« L'objet saisi, le manchot n'a plus à s'en occuper ; c'est l'affaire des ressorts.

« Pour le diriger vers la bouche, il porte son moignon en avant, l'avant-bras se fléchit et la main parvient bientôt à sa destination.

« Pour lâcher l'objet et le replacer sur la table, par exemple, il faut porter le moignon en arrière, ce qui étend l'avant-bras, puis écarter le moignon du corps, ce qui amène l'extension des doigts et l'abandon de l'objet.

« Sans doute il faut de l'exercice avant que le manchot se serve avec promptitude et adresse de cet appareil ; mais, en général, il y parvient avec une célérité qui a frappé vos commissaires.

« Tel est le bras artificiel de M. Van Peeterssen, léger, solide, simple dans son mécanisme, remplissant les intentions de son auteur, et pouvant être fort utile aux personnes qui ont eu le malheur de perdre un bras ou même les deux.

« Il n'est pas jusqu'à la vanité qui ne trouve son compte dans l'emploi de cet appareil : revêtu d'une manche d'habit, et convenablement ganté, le bras de M. Van Peeterssen fait réellement illusion, surtout si le manchot s'en sert avec une certaine prestesse.

« L'idée de prendre sur un corset le point d'appui nécessaire pour vaincre la résistance de doigts mécaniques, fermés par des ressorts, n'est pas nouvelle ; elle a été mise en pratique dans le premier quart du seizième siècle par un artiste de Nuremberg, dans le but de faire tenir une épée à une main de fer. De nos jours, elle a été également employée par M. Baillif, de Berlin, aussi pour faire mouvoir une main artificielle. Enfin, le célèbre chirurgien Graefe a pensé qu'on pourrait en tirer parti pour construire un bras mécanique, dont il a donné le plan. Mais il ne paraît pas que ce projet ait été exécuté, du moins on n'en trouve aucune trace dans l'arsenal chirurgical que nous possédons, et nos plus habiles constructeurs de machines de prothèse ne s'en servent point.

« Vos commissaires sont d'avis que le bras artificiel proposé par M. Van Peeterssen est l'invention la plus heureuse qui ait été faite jusqu'à présent en faveur des personnes privées des bras. »

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### De la méthode antipyrétique et de son emploi dans le traitement des maladies aiguës. — De la valeur de la vératrine dans le traitement de la pneumonie.

Par M. le professeur Vogt, de Berne.

La méthode antipyrétique est bien ancienne ; mais elle est restée longtemps limitée au traitement de la fièvre intermittente et des fièvres paludéennes, en même temps que le quinquina et ses succédanés étaient seuls mis en usage. De cet emploi du quinquina dans les fièvres intermittentes à son application au traitement des autres fièvres, il n'y avait pourtant qu'un pas ; mais ce pas n'a été franchi qu'avec timidité et le problème poursuivi qu'avec de petites doses de médicaments qui ne pouvaient certainement avoir aucun effet sur l'état fébrile en général.

C'est donc seulement dans ces derniers temps que cette méthode thérapeutique a été étendue à plusieurs espèces d'affections fébriles et que l'on a fait usage de divers moyens qui, tout en agissant sur le pouls de la même manière, offrent cependant des propriétés bien différentes dans les uns et dans les autres. Il ne suffit donc pas de résoudre la question de savoir jusqu'à quel point il peut être utile d'employer un moyen antipyrétique quelconque contre une maladie fébrile en général ; il faut déterminer à l'aide de quel moyen on peut le plus facilement atteindre ce but et quelles peuvent en être les conséquences ; il faut encore savoir quels sont de ces divers moyens ceux qui conviennent le mieux à une maladie donnée ; il faut enfin, dans l'emploi de ces divers moyens, apporter une certaine méthode, car les moyens antipyrétiques donnés à dose modérée et suivant les habitudes ordinaires ne peuvent être rattachés à la méthode antipyrétique, de sorte que la condition principale de leur emploi comme antipyrétiques est de les donner à une dose telle qu'ils exercent leur action modératrice sur le cœur et le système circulatoire.

La méthode suivant laquelle j'emploie la quinine et la vératrine, dans le but d'obtenir leur action antipyrétique, diffère un peu de la méthode suivie par Jörg, Worms, Dundas, Dietl, Gietl, Aran, etc., bien qu'elle en soit une imitation. La différence porte sur ce point que je cherche à obtenir aussi sûrement et aussi rapidement que possible la chute du pouls, et que je maintiens le pouls dans cet état

d'abaissement jusqu'au moment où la disparition du travail fébrile est sur le point d'avoir lieu.

Telles sont les données principales de la méthode antipyrétique formulée par M. Vogt. Dans l'impossibilité où nous sommes de le suivre dans l'exposé des phénomènes principaux auxquels donne lieu cette méthode et dans l'étude minutieuse à laquelle il a soumis les deux principaux agents antipyrétiques, la quinine et la vératrine, nous empruntons aujourd'hui à son travail la partie qui a trait au traitement de la pneumonie par la vératrine.

Le nombre des cas de pneumonie traités avec la vératrine par M. Vogt, depuis le commencement de l'année 1857 jusqu'à la fin de mars 1859, est de 51. Tous ces cas, M. Vogt en fait la remarque précise, rentraient dans la catégorie de ceux qu'il aurait traités par la méthode de Laënnec. C'étaient des cas de pneumonie lobaire déjà développée et encore en progrès, chez des individus d'âge et de sexe différents, et à des degrés divers sous le rapport de l'intensité et de l'étendue du travail local, de la violence des phénomènes généraux. Aucune de ces petites pneumonies, qui se terminent d'elles-mêmes, à la fin de la première période, aucune de celles marchant déjà vers la guérison, aucune pneumonie arrivée à la période de résolution n'étaient soumises à l'action de la vératrine, à moins que la résolution ne parût douteuse; dans ce cas, et dans ce cas seulement, la vératrine était employée comme moyen résolutif.

De ces 51 cas de pneumonie traités par la vératrine, 29 étaient encore dans leur première période, c'est-à-dire que le traitement put être commencé du troisième au cinquième jour. Sur ce nombre, 2 malades ont succombé. L'un, une femme enceinte, entrée au troisième jour, avait déjà toute la partie inférieure du poumon droit, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'au diaphragme, hépatisée, le pouls à 112, un peu de délire pendant la nuit, une dyspnée intense, etc. 5 milligrammes de vératrine toutes les deux heures n'avaient pas enrayé les accidents; une saignée de 360 grammes fut pratiquée dans la soirée. La nuit fut un peu meilleure. Le lendemain matin elle n'avait pris que 4 centigrammes de vétratrine, à cause de la très-grande disposition au vomissement; mais le pouls était tombé à 84; la peau était humide, moins chaude, la tête libre, la dyspnée moindre, les crachats moins sanglants. La pneumonie ne s'était pas étendue, mais l'hépatisation était plus évidente dans un point, et nulle part la résolution ne se montrait (25 milligrammes de vératrine dans les vingt-quatre heures, avec une poudre efferves-

cente). Amélioration d'abord très-marquée, de sorte que la nuit du quatrième au cinquième jour se passe sans exacerbation fébrile et que le pouls tombe à 76. La dose de vératrine fut donc réduite à 5 milligrammes, toutes les trois ou quatre heures. Malheureusement, dans la nuit du cinquième jour, la fièvre s'alluma : dyspnée et tous les signes d'une extension nouvelle de la pneumonie, qui entraîne la mort au huitième jour, trois jours après l'avortement. L'autopsie montra une hépatisation complète et rouge de tout le poumon droit. Dans le deuxième cas, chez une femme de quarante-huit ans, encore bien réglée, la pneumonie lobaire du côté droit datait de deux jours et paraissait marcher avec une grande violence; la pneumonie s'étendait de l'épine de l'omoplate jusqu'en bas et avait sa plus grande intensité dans la fosse sous-épineuse. Dyspnée, 130 pulsations; il existait en outre une hypertrophie du ventricule gauche. Administration immédiate de la vératrine, et, au moment de la plus grande exacerbation, saignée de 425 grammes. Cette médication n'amena aucun bon résultat. Le troisième jour, le pouls était à 120, bien que la malade eût pris 4 centigrammes de vératrine et qu'elle fût bien supportée. La dose de vératrine fut portée à 5 centigrammes. Amélioration marquée; le quatrième et le cinquième jour le pouls descendit à 108 et à 100. Pour accélérer la chute de la fièvre, on rapprocha les doses de vératrine; mais les vomissements arrivèrent après 45 milligrammes, et il fallut interrompre et administrer de l'eau de Seltz. Au sixième jour, le pouls était encore à 85, mais le râle crépitant de retour et la disparition du sang dans les crachats semblaient indiquer la résolution. Pour prévenir toute recrudescence fébrile, 25 milligrammes de vératrine furent administrés tous les jours, et tout faisait croire à la guérison, lorsque dans la nuit du huitième jour la fièvre redoubla, et le lendemain parut une bronchite capillaire qui causa la mort dans la nuit suivante. L'autopsie montra une injection très-vive de la trachée et des bronches remplies par du mucus écumeux sanguinolent, un engorgement hypérémique du lobe inférieur du poumon, une hépatisation très-étendue dans le poumon droit en voie de résolution, hypertrophie du ventricule gauche, avec amincissement des parois et commencement de dégénérescence graisseuse.

Dans les vingt-sept cas de guérison de cette catégorie les propriétés de la vératrine furent des plus remarquables. Au cinquième jour de la maladie, ordinairement la fièvre avait disparu et les malades entraient en convalescence. Dans un petit nombre de cas seulement, vers le cinquième ou sixième jour, nouvelle recrudescence fébrile

avec nouvelle poussée locale d'une intensité variable, tous ces phénomènes disparaissant plus rapidement que les premiers par une nouvelle administration de vératrine ou par une dose plus élevée du médicament. Dans aucun cas la vératrine n'eut d'autre action sur la lésion locale que celle d'en suspendre les progrès dès que le mouvement fébrile était arrêté. M. Vogt reconnaît pourtant qu'il y a souvent apparence d'extension, ce qui tient seulement au passage de l'exsudat du caractère liquide à la solidification ; car M. Vogt professe que les signes de l'engouement en voie de solidification ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la pneumonie. L'absorption de l'exsudation se fait du reste dans les cas où la vératrine a été employée comme dans les autres, c'est-à-dire que tantôt les signes de l'engouement disparaissent sans indice de coagulation de l'exsudat, la résolution marchant rapidement dans les parties hépatisées, et que tantôt il y a une exsudation plus abondante, avec commencement de coagulation de l'exsudat, qui diminue rapidement; mais il n'y a là rien de particulier à la vératrine. Toujours est-il que lorsque la fièvre est tombée dans la première période, la résolution de l'exsudat pneumonique se fait, à très-peu d'exceptions près, fort rapidement et sans l'aide d'aucun autre traitement, même lorsque l'hépatisation était déjà complète. La résolution est ordinairement plus lente dans ces cas où il y a eu une reprise inflammatoire, et on est quelquefois forcé de faire usage de quelques moyens résolutifs, tels que le calomel, le soufre doré d'antimoine et l'iodure de potassium. Dans la convalescence, il restait quelquefois certains phénomènes, tels qu'une toux fatigante, de mauvaises digestions, etc., qui appelaient un traitement particulier.

Dans la seconde catégorie, nous comptons 22 cas dans lesquels la maladie avait parcouru la première période et se présentait avec une nouvelle exacerbation. Deux malades succombèrent. L'un de ces malades, un vieillard de soixante-dix ans, affecté d'un vieux catarrhe pulmonaire, était depuis six jours en proie à une broncho-pneumonie du lobe supérieur du poumon droit. Un vomitif n'avait réussi qu'à provoquer des garde-robes. Le lendemain, le pouls était à 130 ; on chercha à le faire tomber à l'aide de la vératrine ; mais 5 centigrammes de cet alcaloïde le rendirent plus petit, sans diminuer sa fréquence. La mort eut lieu quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital ; l'hépatisation était déjà au troisième degré dans le lobe supérieur du poumon droit ; et dans le lobe moyen il y avait de l'hépatisation rouge ; les bronches des deux côtés étaient remplies de mucus écumeux. L'autre malade, un cordonnier âgé

de trente-quatre ans, était à peine convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'il fut pris d'une pneumonie, et il était déjà au sixième jour lorsqu'il entra à l'hôpital. Hépatisation incomplète de toute la partie inférieure du poumon droit et de plus augmentation de volume du cœur, avec bruits de souffle rugueux aux deux temps du cœur. Le pouls était encore remarquablement fort, à 130 ; la dyspnée intense, les crachats visqueux, mais écumeux et peu colorés. La vératrine fut très-mal supportée et de plus un épanchement s'était fait dans les deux plèvres. Il fallut administrer le calomel et appliquer un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine. Malgré cela, dans la nuit du septième au huitième jour, la fièvre reparut plus vive, avec une dyspnée plus intense ; le pouls était remonté à 130. Force fut de reprendre la vératrine en même temps qu'on continuait le calomel ; mais la fièvre ne tomba pas, l'affaiblissement fit des progrès, et la mort eut lieu le dixième jour. L'autopsie montra l'exactitude du diagnostic et de plus des petits dépôts granuleux sur les valvules mitrale et aortique.

Les malades de cette catégorie n'ont rien présenté de plus que ceux de la première : seulement, dans le plus grand nombre des cas, la marche fut un peu plus lente et il fallut employer les moyens résolutifs pour accélérer la résolution. Dans aucun cas de l'une et l'autre catégorie, la pneumonie ne passa à la forme nerveuse ; le délire même, qui se montra souvent aux diverses périodes de la maladie, disparaissait dès que la vératrine manifestait sa puissance antipyrétique.

Si nous envisageons maintenant d'une manière générale, dit M. Vogt, les résultats du traitement de la pneumonie par la vératrine, nous voyons qu'appliqué à des cas de pneumonie parfaitement développée et à des cas graves pour la plupart (il se trouvait parmi ces cas cinq pneumonies doubles, une pneumonie avec avortement, etc.), chez des sujets de trente à soixante-huit ans principalement, dont plusieurs d'une assez mauvaise constitution, ce traitement n'en a pas moins donné des résultats très-satisfaisants, puisqu'il n'y a eu que 8 cas de mort sur 100 environ. Si nous pénétrons même plus avant dans les résultats, nous les trouverons plus satisfaisants encore. En effet, l'un des cas de mort se rapporte à un avortement survenu pendant le cours de la pneumonie, et tous les auteurs sont unanimes sur la gravité extrême de la pneumonie dans ces circonstances. Un autre cas de mort, le deuxième et le quatrième, se rapportent à des affections du cœur, ou à des complications vers cet organe, et, quant au troisième, c'était un vieillard d'un âge

avancé et affecté d'une de ces broncho-pneumonies dont la gravité est malheureusement trop connue ; de sorte que dans mon opinion le traitement de la pneumonie par la vératrine non-seulement peut être mis sur la même ligne que les autres traitements les plus estimés, mais l'emporte encore sur eux d'une manière très-marquée ; ce qui ne veut pas dire que nous le considérions comme infaillible ; car il est malheureusement des cas de pneumonie primitive lobaire si graves et si intenses, qu'ils se montrent rebelles à toute espèce de traitement, même à la vératrine, et conduisent inévitablement à la mort.

Quelques auteurs, Léonides de Prague, Leubuscher, etc., repoussent le traitement de la pneumonie par la vératrine, parce que ce médicament produit très-facilement des vomissements, possède une activité qui devient très-facilement excessive et n'exerce aucune action sur le travail pneumonique non plus que sur la production des crises. Ce sont là pourtant des reproches qui, dans mon opinion, ne sont guère de nature à faire considérer la vératrine comme inutile et comme nuisible. Que, suivant l'irritabilité de l'estomac, la vératrine produise plus ou moins rapidement des vomissements, c'est ce que nous avons déjà remarqué ; mais il en est de même du tartre stibié employé suivant la méthode de Laënnec, et il nous semble que l'expérience de tous les jours a bien démontré l'utilité de ces vomissements dans une foule d'affections, telles que les inflammations des voies respiratoires, la dyssenterie, le vrai croup, etc. Qu'un moyen puissant puisse avoir une action excessive, lorsqu'il est employé à trop haute dose ou qu'il n'est pas surveillé convenablement dans son emploi, c'est ce qui arrive pour la vératrine comme pour tant d'autres médicaments : à petites doses, elle n'a aucune action sur le pouls ; à doses suffisantes, elle n'agit jamais d'une manière excessive, comme nous avons pu nous en assurer dans des centaines de cas de pneumonies, de typhus et de rhumatismes, si l'on suit notre méthode d'administration et si l'on en surveille convenablement les effets. Que la vératrine n'ait pas d'effet sur le travail local lorsqu'il est pleinement établi, mais qu'elle ait surtout pour résultat d'en arrêter les progrès ultérieurs, c'est pour nous chose démontrée. Quant à la production des crises, la vératrine se trouve sur le même niveau que les autres traitements de la pneumonie : aussitôt que la maladie marche vers la guérison, on voit paraître tous les phénomènes critiques : les sédiments urinaires, les crachats du catarrhe, etc., etc.

La pneumonie, dans son premier développement, peut-elle être

arrêtée, peut-elle avorter sous l'influence de la vératrine, lorsque la fièvre disparaît ; et le travail local, lorsqu'il n'est pas encore arrivé à l'hépatisation, rétrograde-t-il *ipso facto ?* C'est ce que nos expériences ne nous permettent pas de décider d'une manière absolue. La coïncidence fréquente de ces deux ordres de faits est bien propre cependant à faire regarder l'affirmative comme probable. Les choses ne se passent pas du reste de même dans tous les cas, et l'on peut admettre trois catégories de faits.

1° Lorsque la nouvelle exacerbation fébrile est modérée et que cependant, au plus fort de cette nouvelle exacerbation, en sus de la dyspnée, il y a diminution du murmure vésiculaire au pourtour de la portion du poumon déjà hépatisée, ce qui peut faire croire à une hypérémie locale et à une disposition de la pneumonie à s'étendre de nouveau, nous voyons, sous l'influence d'une saignée et de l'emploi de la vératrine, la fièvre et la dyspnée tomber dans beaucoup de cas, et le lendemain, au pourtour de la partie hépatisée, la respiration vésiculaire est rétablie et l'hépatisation n'a fait aucun progrès. Le travail morbide local se trouvait probablement encore, au moment où la chute de la fièvre a eu lieu, à cet état d'hypérémie qui s'est résolu avant d'arriver à la stase et à l'exsudation.

2° Dans d'autres cas où la recrudescence est plus forte, le même traitement amène la chute de la fièvre dans un temps plus court, en dix-huit ou vingt-quatre heures ; mais au pourtour des points primitivement hépatisés on remarque, ou bien du son tympanique, ou bien de la matité, un affaiblissement du murmure respiratoire, avec le râle crépitant humide du début, de la respiration bronchique très-marquée et de la bronchophonie. Ici il y a déjà stase et exsudation. Pourtant cet engouement peut disparaître encore en vingt-quatre ou quarante-huit heures, sans passer à la coagulation et à l'hépatisation. Dans un petit nombre de cas cependant, bien que la fièvre ait cessé, on peut observer une marche en avant vers l'hépatisation ; mais s'il n'y a pas de recrudescence sensible, la résolution n'en a pas moins lieu rapidement.

3° Dans la troisième catégorie, les cas les plus graves et les plus sujets à la recrudescence, le plus souvent la fièvre ne disparaît pas rapidement. Même dans les cas où la dose de vératrine est poussée jusqu'à production de vomissements, le pouls n'est jamais tombé de plus de dix pulsations dans les premières vingt-quatre heures, et il a fallu quarante-huit ou soixante-douze heures pour obtenir un abaissement convenable. Pendant cet intervalle, le travail local parcourt ses phases ordinaires, jusqu'à une hépatisation complète,

qui se résout plus tard et dans des espaces de temps variables.

Dans toutes les catégories, les points primitivement hépatisés restent dans le même état, tandis que la pneumonie s'étend. Si les parties du poumon nouvellement envahies s'hépatisent, l'hépatisation primitive reste stationnaire et entre en résolution avec les parties nouvellement affectées. Dans un petit nombre de cas seulement, et principalement dans ceux dans lesquels la pneumonie envahit le poumon du côté opposé, on peut observer un commencement de résolution dans la partie primitivement hépatisée, tandis que la nouvelle hépatisation suit sa marche.

De toutes ces observations on peut conclure, ajoute M. Vogt, que dans les cas où le travail morbide n'est pas trop intense, la vératrine peut parfaitement arrêter la pneumonie dans la première ou dans la seconde exacerbation fébrile. Mais le travail morbide est-il plus intense, les choses se passent rarement ainsi, et l'action désirée de la vératrine se manifeste ordinairement au moment où se produit le premier temps d'arrêt naturel, c'est-à-dire entre le troisième et le quatrième ou cinquième jour; et si on ne voulait pas tenir compte de cette marche naturelle de la maladie et s'entêter à couper la fièvre plus tôt, on courrait certainement le risque d'empoisonner les malades.

Il ne nous reste plus qu'à faire connaître le mode particulier d'administration de la vératrine suivi par M. Vogt. Nous donnons, dit-il, ordinairement la vératrine à assez haute dose, 5 milligrammes, toutes les deux ou trois heures, jusqu'à production du vomissement ou du ralentissement du pouls. La vératrine est administrée ordinairement en pilules; mais il est des personnes chez lesquelles avaler des pilules excite facilement des nausées; la vératrine est administrée alors en solution. La dose nécessaire pour arriver à l'effet désiré est de 25 à 30 milligrammes; mais il est des personnes peu sensibles, les hommes principalement, chez lesquelles on peut aller jusqu'à 5 et 6 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Si l'estomac est trop irritable, on réduit les doses à 25 dix-milligrammes, toutes les deux ou trois heures, et on administre le médicament dans une poudre effervescente ou avec un peu d'opium; l'action sur le pouls est plus lente à venir, mais elle n'arrive pas moins.

Nous publierons prochainement la partie relative au traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine et par la vératrine.

---

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Remarques sur un nouveau procédé opératoire appliqué au traitement des fistules vésico-vaginales (1).

Méthode de M. Bozeman (de Montgomery).

Des observations que nous allons citer, nous ne donnerons qu'un résumé très-court, renvoyant pour les détails aux brochures de M. Bozeman (North-American Medico-chirurg. Review, juin et novembre 1857 ; Louisville Review, mai 1856) ; à celle de M. Baker-Brown (*Des fistules vésico-vaginales et de leur traitement*, mémoire lu devant l'Association médicale d'Edimbourg, juillet 1858).

Obs. I. *Fistule vésico-vaginale datant de près de trois ans. — Ouverture circulaire d'un centimètre de diamètre située sur la paroi vésico-vaginale, près du col utérin et un peu à gauche de ce col.* — Les bords de cette fistule sont formés par un tissu très-induré. — Après deux échecs successifs par le procédé de Marion Sims, la suture en bouton est appliquée le 12 mai 1855.

Treize jours après, l'appareil est enlevé : la guérison est complète. (Première observation de M. Bozeman.)

Obs. II. *Fistule vésico-vaginale datant de six mois, avec rétrécissement du vagin.* — M. L***, âgée de dix-huit ans. Ouverture ovalaire dirigée transversalement, mesurant 2 centimètres 1/2 dans son plus grand diamètre. — Sur les côtés de la fistule, les parois antérieure et postérieure du vagin sont adhérentes l'une à l'autre, disposition qui rétrécit considérablement le vagin et gêne l'exploration. Il fallut d'abord, par des incisions latérales, vaincre le premier obstacle.

Le 20 mai 1856, l'opération est pratiquée. — Application de quatre points de suture. — La forme des parties nécessite l'emploi d'un bouton concave.

Douze jours après, la malade est complétement guérie. (Seizième observation de M. Bozeman.)

Obs. III. *Fistule du diamètre d'une sonde cannelée, située près de l'orifice utérin.* — Déborah P***, âgé de vingt-deux ans. Saint-Mary's Hopital, 22 septembre 1856.

Le 15 octobre. Opération. — Trois points de suture sont appliqués. — Pas d'accidents les jours suivants.

Le 24. La réunion est complète.

Le 28. La malade se lève et marche.

Un mois après, la guérison s'est maintenue. (Première observation de Baker-Brown.)

Obs. IV. *Fistule, suite d'une couche laborieuse. — Ouverture*

(1) Suite et fin. — Voir la livraison du 15 janvier, p. 14.

*de 1 centimètre 1/2 de diamètre, située sur la paroi vésico-vaginale, à 1 pouce 1/2 en avant du col.* — Rachel K***, âgée de vingt-deux ans, entrée à l'hôpital Sainte-Marie, le 13 octobre 1858.

Le 27 octobre. Opération par le procédé Bozeman.—Six points de suture transversalement placés.

Le 6 novembre. L'appareil est enlevé. — Guérison. (Observation recueillie à Londres par nous-même.)

Obs. V. Charlotte H***, âgée de vingt-sept ans, entrée le 13 octobre 1858. La fistule date de deux ans : elle est la suite d'une couche, mais n'a pas empêché une grossesse subséquente en 1857.

Ouverture petite, située près du col utérin dont la muqueuse interne est même intéressée.

Opération le 27 octobre. — Quatre points de suture sont passés transversalement.

Le 7 novembre. Guérison complète. (Observation recueillie à Londres par nous.)

Nous pourrions multiplier beaucoup plus les exemples de ce genre. Mais parmi les faits nombreux que les docteurs Bozeman et Baker-Brown ont rapportés, nous choisirons seulement ceux dans lesquels il existait quelque complication. Nous ferons ici une remarque générale. Quand nous parlons de guérison, nous ne voulons pas dire seulement que la plaie était complétement cicatrisée au moment de l'enlèvement des fils. Dans tous les cas que nous avons rapportés, les malades ont été revues longtemps après l'opération, et la guérison s'était maintenue.

Obs. VI. Mary-Ann D***, âgée de trente-trois ans, entrée à l'hôpital Sainte-Marie, en octobre 1858. Fistule, suite de couche. — L'ouverture siége sur la paroi vésico-vaginale, au niveau du canal de l'urètre; le canal a été intéressé dans presque toute son étendue.

Le 1er novembre. Opération. — Ce qui reste du canal de l'urètre n'est qu'une très-mince lame de tissu qui ne pourrait offrir un point d'appui solide, et M. Baker-Brown commence par la détruire. Il introduit ensuite les fils suivant les règles ordinaires. Une difficulté se présente.

Il faut, au moyen d'une sonde, préserver le nouveau canal du contact de l'urine, et cependant une sonde appuyant sur les lèvres de la plaie les empêcherait de se réunir ou pourrait rompre les premières adhérences. M. Bozeman a prévu la difficulté et indiqué le procédé suivant :

Une fois les fils introduits et serrés, on place dans le nouveau canal une sonde que l'on confie à un aide, puis on applique le bouton dont on a modifié la forme. Il est plus étroit et plus incurvé qu'à l'ordinaire pour correspondre à la direction de l'urètre. Au lieu d'être taillé ovalairement, il présente à l'une de ses extrémités une échancrure, et la longueur de la plaque doit être telle

que l'échancrure dépasse en haut et en avant le méat urinaire et la suture : on fixe ensuite les fils avec les petits anneaux de Galli. On comprend ce qui arrive : le bord échancré du bouton fournit à la sonde un point d'appui fixe, et la cicatrice se forme au-dessous librement.

Dans le fait qui nous occupe, M. Baker-Brown eut recours à cette modification, et termina ensuite l'opération suivant les règles ordinaires. Les soins consécutifs n'ont d'ailleurs rien de spécial. La seule précaution à prendre est de ne pas retirer la sonde pour la nettoyer, mais de passer chaque jour un mandrin à l'intérieur. Une fois l'appareil enlevé, il ne faut pas laisser encore peser la sonde sur la cicatrice, mais la fixer sur un bandage de corps placé autour de l'abdomen.

L'opération avait été pratiquée le 1er novembre; le 8, les fils et le bouton furent enlevés. La cicatrisation semblait parfaite. Cependant trois jours après une très-petite ouverture se reproduisait.

Le 18 novembre, deuxième opération qui, cette fois, réussit complétement. (Observation recueillie à Londres par nous-même.)

Un accident fréquent, à la suite des fistules vésico-urétro-vaginales, est la persistance de l'écoulement involontaire de l'urine, même après une cicatrisation complète. Il ne faudrait pas croire dans ces cas à l'existence d'un orifice fistuleux. La persistance de l'écoulement tient à la paralysie du col vésical, dont les fibres musculaires ont été détruites. Cet accident peut persister plus ou moins longtemps : il cède le plus ordinairement à l'influence du repos ou à l'emploi des excitants, tels que la teinture de cantharides.

Sans être aussi étendue que dans l'exemple précédent, la lésion peut encore porter sur une partie du canal de l'urètre ou sur la portion cervicale de la vessie. Le procédé n'exige alors aucune modification importante, et nous renvoyons, pour l'étude de ces faits, aux brochures de M. Bozeman et de M. Baker-Brown.

Comme tous les procédés, celui de M. Bozeman ne réussit pas toujours du premier coup. M. Baker-Brown rapporte l'exemple d'une femme (troisième observation), qu'il a opérée huit fois, et seulement après une huitième opération la malade fut guérie.

La lésion concomitante du col utérin est une grave complication qui nécessite quelques modifications du procédé général.

Dans une première variété, le col lui-même n'est pas atteint, mais il forme la limite et la lèvre postérieure de la plaie.

Dans une deuxième variété, le col a été atteint et la plaie existe, en partie aux dépens de la cloison vaginale, en partie aux dépens du col utérin.

Dans une troisième variété, la cloison vésico-vaginale est plus

ou moins largement lésée, et toute la portion vaginale du col a été détruite.

Pour combattre ces diverses lésions, M. Bozeman a donné les préceptes suivants :

*Avivement.* — On avive le tissu utérin aussi bien que le tissu vaginal. Seulement, comme il n'y a plus ici à ménager la membrane muqueuse vésicale, on fait la section perpendiculairement et dans toute l'épaisseur des tissus.

L'introduction des fils ne donne lieu à aucune considération spéciale ; seulement, vu leur importance, on passe ordinairement les premiers les fils qui doivent traverser le col. Si la plaie est longitudinale, on place les fils transversalement. On met ainsi en contact deux surfaces utérines l'une avec l'autre.

*Rapprochement des surfaces.* — Les deux lèvres de la plaie sont souvent très-éloignées l'une de l'autre. Dans ce cas on saisit l'utérus avec des pinces et on l'abaisse, puis on serre les anses des fils. L'expérience a prouvé que ni cet abaissement ni la traction causée par les fils ne présentent de dangers.

*Application du bouton.* — Dans sa forme et dans son étendue, le bouton doit varier suivant les cas. Le plus ordinairement il sera nécessaire de pratiquer une large échancrure sur l'un de ses bords pour embrasser le col ou les débris de ce col.

Obs. VII. — *Fistule vésico-utéro-vaginale datant de quatorze ans. — Guérison.* — Mme H***, quarante-six ans, forte constitution : fistule suite de couches, datant de quatorze ans. Opérée deux fois sans succès, par M. Marion Sims, en mai 1856, elle se présente à M. Bozeman. La fistule est vésico-utéro-vaginale. L'ouverture est située un peu à gauche du col, elle est de forme circulaire, de petite dimension. Le conduit vaginal semble raccourci d'un tiers, il présente l'aspect d'un simple cul-de-sac ; on n'aperçoit ni col ni orifice utérin. Un tissu dur et résistant se trouve à la place du col et paraît en être les débris. La fistule est immédiatement au-dessous de ce tissu. En introduisant une sonde par la fistule, on rencontre un corps ferme et résistant, occupant une partie du fond de la vessie. Ce corps est supposé devoir être le col.

Une difficulté compliqua l'opération : la lèvre antérieure était si mince, qu'il fut difficile d'obtenir une surface dénudée, suffisamment large pour assurer l'adhérence avec la lèvre opposée. Pour le même motif, on ne put éviter de traverser la membrane muqueuse vésicale. M. Bozeman craignit donc, dès le début, une fistule secondaire. — Trois points de suture furent appliqués. — Quelques heures après l'opération, les règles parurent, accompagnées de douleurs très-violentes, et durèrent trois jours. — Pas d'autres accidents. — Le neuvième jour, la suture est enlevée. La fistule est

presque complétement fermée ; en un point seulement, à côté de l'un des fils, il reste une petite ouverture. Des cautérisations au nitrate d'argent furent faites inutilement, et, après cinq ou six semaines, une nouvelle opération fut pratiquée. — Cette fois, le succès fut complet.

Au bout d'une année, la guérison s'était maintenue ; la malade conservait toute son urine, la menstruation s'était rétablie ; seulement elle ne pouvait retenir son urine plus de trois ou quatre heures, ce qui s'explique par la diminution que la vessie a subie dans ses dimensions ; de plus, le sang des règles sortait par l'urètre, le col utérin se trouvant enfermé dans la vessie. Cette position du col était-elle le résultat de la lésion qui a produit la fistule ou une suite de l'opération ? M. Bozeman ne put s'en rendre compte.

Obs. VIII. *Fistule vésico-utéro-vaginale, datant d'un an. — Guérison.* —Amanda, dix-neuf ans, fille de couleur, mai 1856.— Fistule, suite d'accouchement difficile. Pas de menstruation depuis l'accident. Fistule aux dépens de la cloison, s'étendant sur la lèvre antérieure du col utérin.

30 mai. Opération. — Six points de suture sont appliqués. — Comme dans le cas précédent, les règles apparurent quelques heures après l'opération. Le troisième jour, survint une douleur très-vive dans la vessie. La sonde fut enlevée momentanément ; une grande quantité de sang s'écoula par l'urètre, puis la sonde fut immédiatement replacée. Ces douleurs vésicales sont un accident assez fréquent.

Le neuvième jour, les fils et le bouton furent enlevés ; la guérison était complète.

Obs. IX. *Fistule vésico-utéro-vaginale, datant de dix-huit mois. — Guérison.* — Minerve, âgée de vingt-quatre ans, fille de couleur ; 13 juin 1856. Trois enfants ; le dernier est venu mort, il y a dix-huit mois, et a été extrait avec le forceps. — Fistule datant de cette époque. — Pas de menstruation depuis le début de la maladie.

*Examen.* — Fistule aux dépens de tout le bas-fond et du trigône vésical. — Lésion du col utérin. — Oblitération du conduit.

Opération, le 12 juillet, suivant les règles ordinaires ; seulement, comme la perte de substance allait jusqu'aux uretères, M. Bozeman disséqua et ouvrit ces deux conduits à peu près dans l'étendue d'un quart de pouce, afin de faire arriver l'urine dans la vessie, loin des bords de la fistule.

Deux ou trois jours après l'opération, douleurs dans le bas-ventre, produites sans doute par le déplacement de l'utérus. Pas d'accidents.

Le neuvième jour, tous les points de suture sont enlevés ; la guérison est complète. Pendant quelques jours encore, la malade ne put retenir que peu d'urine dans la vessie, et fut obligée de se relever souvent pour uriner ; mais cet inconvénient disparut peu à peu.

Plusieurs mois après, M. Bozeman voulut rétablir le conduit

utérin. Grâce à l'élasticité des tissus, l'utérus avait repris dans le bassin sa position normale. A la place de l'orifice utérin on apercevait une légère dépression. M. Bozeman porta sur cette dépression un long et étroit bistouri qu'il enfonça à un quart de pouce dans la direction du col ; puis il remplaça le bistouri par une sonde métallique très-mince. Après quelques efforts, il arriva à faire pénétrer cette sonde dans la cavité utérine. En peu de temps le canal fut suffisamment dilaté ; la menstruation se rétablit, et la malade recouvra complétement la santé.

Obs. X. — *Fistule vésico-vaginale, datant de treize ans, avec renversement de la vessie.* — Julia, fille de couleur, âgée de trente-sept ans, à vingt-cinq ans accouche pour la troisième fois. Le travail dure quatre jours. L'enfant mort est extrait avec le forceps. Quelques jours après la délivrance, écoulement d'urine par le vagin.

*Premier examen en* 1855. — La perte de substances comprend presque tout l'urètre et tout le bas-fond de la vessie. A travers cette ouverture passe une tumeur volumineuse, d'apparence charnue, qui descend jusqu'à la vulve. La surface de cette tumeur est couverte de granulations assez dures, très-sensibles, et saignant très-facilement. A la partie supérieure on aperçoit les ouvertures des deux uretères, à travers lesquelles suintent continuellement des gouttes d'urine. Cette tumeur était formée par la vessie.

M. Bozeman crut que la seule opération à faire était l'occlusion du vagin, et il la tenta ; l'échec fut complet. La malade fut alors renvoyée, et M. Bozeman avoue qu'il espérait bien ne plus en entendre parler. Dix-huit mois après, elle revient et réclame de nouveau une opération.

*Deuxième examen.*— Avant tout, avant même de pouvoir s'assurer de l'espèce particulière de la fistule, il fallait réduire la vessie et la maintenir dans sa position normale. M. Bozeman y arriva momentanément, en remplissant d'éponges les restes de la cavité vésicale. Il reconnut alors que la fistule comprenait l'urètre, le trigône et le bas-fond de la vessie ; que, de plus, le bord antérieur était adhérent au pubis, et renversé vers la cavité vésicale. C'est le cas le plus difficile qu'il ait encore rencontré.

*Opération.*— Le 21 décembre, deuxième opération. Pour le bord antérieur, par suite du renversement de ce bord dans la cavité vésicale, l'avivement fut pratiqué non sur le bord lui-même, mais sur la surface vaginale renversée ; les éponges introduites dans la vessie furent retirées et les points de suture appliqués.

Le neuvième jour, les fils furent enlevés. Au grand étonnement de M. Bozeman, la réunion était complète. Pendant cinq jours encore, la sonde fut maintenue ; puis la malade eut la permission de se lever. L'écoulement involontaire de l'urine persistait, quoique en moins grande abondance. M. Bozeman crut s'être trompé : un nouvel examen lui démontra que la fistule était bien complétement fermée : la continuation de l'écoulement provenait de la paralysie du col vésical. La malade fut mise à l'usage de la teinture de cantha-

rides. Au bout de quelques semaines, une amélioration s'était produite; couchée, elle pouvait retenir ses urines pendant trois heures. Dans la position verticale, elle pouvait le faire pendant une demi-heure. L'amélioration alla en croissant de semaine en semaine, et, au bout de plusieurs mois, la malade pouvait marcher pendant trois heures, sans perdre une seule goutte d'urine.

Obs. XI. *Fistule vésico-vaginale datant de sept ans, compliquée d'une déchirure de l'urètre et du col utérin.—Guérison.* —Nancy, fille de couleur, âgée de vingt-sept ans. Trois enfants, le dernier en 1850; le travail a duré cinq jours. Depuis lors, écoulement d'urine, menstruation persistante mais irrégulière.

*Examen.* — Le vagin est presque entièrement oblitéré par des adhérences. Immédiatement derrière le méat, fistule urétro-vaginale. Les brides vaginales sont sectionnées; le vagin ramené à son diamètre normal, on aperçoit une fistule aux dépens du trigône et du bas-fond, avec déchirure du col.

*Opération.* — Le 15 février 1857, M. Bozeman attaqua d'abord la fistule utéro-vaginale.

Neuf jours après, les fils sont enlevés. La réunion est complète, sauf en un point, juste au milieu de la cicatrice; le résultat était prévu. A peine l'opération commencée, le ciel s'était couvert de nuages, et M. Bozeman avait opéré presque dans l'obscurité. Il n'avait pu s'assurer que l'avivement fût complet. Le point resté fistuleux fut de nouveau avivé le 8 mars, et cette fois la guérison fut parfaite. Restait la fistule urétrale.

*Opération sur l'urètre.* — Le 19 mai, cette fistule fut opérée. Les précautions indiquées plus haut au sujet de la sonde sont prises avec soin, et neuf jours après cette opération a réussi comme la première.

Obs. XII. *Fistule vésico-utéro-vaginale, datant de quatorze ans. — Destruction de la portion vaginale du col. — Oblitération de ce conduit.* — Une fille de couleur, âgée de vingt-neuf ans, a eu un enfant à l'âge de treize ans. Accouchement très-difficile; dix-huit mois après, deuxième enfant. Le travail dura quarante-huit heures. Délivrée avec le forceps, elle perd ses urines depuis ce moment, n'a plus été réglée depuis cette époque, mais chaque mois éprouve les symptômes prémonitoires de la menstruation et n'est soulagée que par d'abondantes épistaxis.

*Examen.* — Destruction de la paroi vésico-vaginale et de la portion vaginale du col.

*Opération.* — Le 8 mai. Six points de suture sont appliqués quelques jours après l'opération, douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen et fièvre à forme rémittente. Les accidents cessent promptement. Le neuvième jour la suture est enlevée; la réunion est complète. Pendant quelques jours encore la malade conserve un cathéter, puis elle se lève et dès lors peut retenir complétement toute son urine. — M. Bozeman devait plus tard essayer de rouvrir le conduit du col utérin.

Pour être complet, nous aurions encore à étudier plusieurs complications des fistules vésico-vaginales : ainsi, les adhérences du bord antérieur de la fistule au pubis, les déviations et les déplacements de l'utérus, les cas de fistule double, les cas où la perte de substance s'étend jusqu'aux uretères : nous reviendrons plus tard sur ces diverses anomalies pathologiques. Nous ne voulions ici que signaler le procédé nouveau décrit par M. Bozeman, en prouver par quelques exemples la facilité d'application ; et pour l'instant nous renvoyons, quant au reste, aux brochures déjà citées de MM. Bozeman et Baker-Brown. J. Dubrisay.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Recherches chimiques sur la racine de kawa ou ava.

M. Gobley vient d'appeler l'attention de la Société de pharmacie sur la racine d'un poivrier, qui a été désigné par Forster sous le nom de *piper methysticum*. Le végétal auquel elle appartient est célèbre dans presque toutes les îles de la mer du Sud, où il est connu sous le nom de *kawa* ou d'*ava*. Sa racine, fraîche ou sèche, sert depuis un temps immémorial à préparer une boisson qui, avant les rapports habituels des peuples de l'Océanie avec les Européens, constituait le breuvage favori de ces insulaires. Mise macérer dans l'eau, elle fournit en effet une liqueur que les peuples de ces pays boivent avec plaisir, parce qu'elle les plonge dans une sorte d'ivresse ou d'excitation toute spéciale. Cette racine assez volumineuse n'a pas été décrite seulement par Forster, mais encore par Lesson ; elle est ligneuse, légère, de couleur grise à l'extérieur, blanche et d'un tissu lâche et spongieux à l'intérieur ; ses fibres rayonnent du centre à la circonférence, comme dans les monocotylédonées. Son odeur et sa saveur sont légèrement aromatiques : mâchée, elle est un peu âcre, astringente et sialogogue. M. Gobley a profité de nouveaux échantillons, rapportés par M. le docteur O'Rocke de son expédition autour du monde, pour soumettre cette racine à une analyse chimique complète. Nous nous contentons de donner le résumé suivant par lequel le savant chimiste termine ses recherches sur ce nouveau produit de la matière médicale exotique.

| | |
|---|---|
| Eau | 15 |
| Cellulose | 26 |
| Amidon | 49 |
| Méthysticine | 1 |
| *A reporter*.... | 91 |

| | |
|---|---|
| *Report*........ | 91 |
| Résine âcre et aromatique.... ............... | 2 |
| Matière extractive, substance gommeuse........ | 5 |
| Chlorure de potassium........................ | 1 |
| Magnésie, silice, alumine, oxyde de fer......... | 3 |
| | 100 |

La racine de kawa se rapproche, comme on le voit, de la nature du poivre par sa composition chimique, bien qu'elle en diffère sous plusieurs rapports, et entre autres par les propriétés spéciales du principe particulier qu'elle contient.

La racine de kawa possède une action thérapeutique prononcée. Elle constitue, selon le docteur O'Rocke, un des plus puissants sudorifiques que l'on connaisse. D'après le même observateur, elle participe de la nature des poivres par l'influence qu'elle exerce sur la guérison des affections catarrhales et de la blennorrhagie en particulier.

La racine de kawa présente donc, sous le rapport médical comme au point de vue chimique, un réel intérêt; et il est désirable, dit M. Gobley, qu'on poursuive l'étude de cette substance, afin d'ajouter une ressource nouvelle au traitement d'affections dont la guérison n'est pas toujours facile par les moyens généralement usités.

---

**Nouvelles remarques sur les saponés médicamenteux et sur les services qu'ils peuvent rendre à la méthode iatraliptique.**

Par M. Deschamps, pharmacien en chef de la maison impériale de Charenton.

M. Thompson nous ayant fait l'honneur de critiquer le travail sur les saponés, que nous avons publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. LIV, p. 410), nous le prions de nous permettre de discuter à notre tour la note qu'il a fait insérer dans le dernier volume de ce journal (t. LVII, p. 202), afin de faire connaître notre opinion, car la question en litige est assez importante pour être étudiée convenablement et consciencieusement.

M. Thompson ne peut admettre que les préparations pharmaceutiques, dont l'excipient est essentiellement de nature graisseuse, ne jouissent pas, en général, de grandes propriétés thérapeutiques ; il est depuis longtemps convaincu du contraire, et sa conviction repose sur des preuves qui lui paraissent satisfaisantes. Nous n'espérons pas parvenir à modifier entièrement l'opinion de cet expérimentateur, mais nous pensons que nous pourrons ébranler sa grande confiance en cette forme médicamenteuse, les pommades. Il

est, dans tous les cas, de notre devoir de faire ressortir la vérité, puisque c'est nous qui avons mis ce sujet en discussion.

Le médecin anglais dit : « Grâce à une observation de dix-sept ans dans un district dont la population est surtout occupée aux travaux des manufactures de laine, je suis arrivé aux conclusions suivantes, savoir : que des enfants chétifs et faibles offrent, peu de semaines après leur entrée dans les filatures de laine, une amélioration marquée dans leur apparence physique ; que les huiles (surtout celle d'olive) au milieu desquelles ils travaillent pénètrent dans l'organisme à travers la peau, en quantité considérable, influent avantageusement sur les affections scrofuleuses et améliorent la constitution des ouvriers.

« De plus, cette opinion se trouve basée sur la comparaison de l'accroissement de poids chez ceux de ces ouvriers que la nature de leurs travaux met en contact avec une plus grande quantité de matières grasses ; sur la comparaison des poids des jeunes sujets employés dans les manufactures de coton, et de ceux qui travaillent dans les manufactures de laine ; sur la comparaison des ouvriers de ces dernières manufactures avec ceux qui n'y sont pas occupés, dans la même localité ; enfin sur la diminution de poids chez les individus qui, dans ces mêmes manufactures, passent d'un travail où ils manient davantage les matières grasses à un autre où ils les manient moins. »

Ces observations offrent évidemment le plus grand intérêt au point de vue de l'hygiène des industries, mais elles n'apportent aucune clarté dans la discussion sur l'usage externe des médicaments, et ne peuvent être citées à l'appui de l'opinion de l'auteur. En effet, il ne suffit pas de dire que l'huile pénètre dans l'organisme à travers la peau en quantité considérable, il faut le démontrer, et notre savant contradicteur ne donne aucun fait à l'appui de sa thèse. Tout le monde sait très-bien que l'air des ateliers où l'on emploie des matières grasses répand une odeur spéciale, caractéristique, et que les ouvriers sont constamment plongés dans une atmosphère huileuse, où, pour nous servir de l'expression de M. le docteur Sales-Girons, l'huile est comme pulvérisée par les machines qui sont en mouvement, et pénètre dans l'organisme, non par la méthode iatraleptique, mais particulièrement par la méthode d'inhalation, ce qui est très-différent et ce qui permet d'expliquer plus exactement les faits qui ont été observés par M. Thompson. Quant à la différence de l'état des ouvriers qui travaillent dans les filatures de laine ou de coton, elle ne peut servir, en aucune manière, la cause du savant médecin

anglais, car les individus sont placés dans des conditions qui n'ont aucun rapport.

L'absorption des principes par la voie d'inhalation est certainement une méthode qui demande à être sérieusement étudiée; elle doit conduire, sans aucun doute, à d'excellents résultats. Pour donner un peu de force à cette appréciation, nous ajouterons un fait nouveau, une observation qui n'a point été publiée, quoique le travail soit commencé depuis bien des années. Cette observation est due à M. le docteur Henry, de Semur, qui a reconnu, d'après un relevé statistique, que chez les bouchers de Paris on n'avait point encore constaté un seul cas de phthisie.

« Quant aux applications, à titre de médicament, des corps gras à l'extérieur, ajoute M. Thompson, nous avons en leur faveur le témoignage de divers praticiens de distinction, qui déposent de l'efficacité des onctions huileuses, et spécialement celui du professeur Simpson, qui a écrit un mémoire excellent sur ce sujet. M. Deschamps nous dit qu'il a composé un saponé avec l'iodure de potassium, et que s'en étant frictionné l'épigastre une fois par jour, pendant quatre jours, l'analyse faite dans l'intervalle des frictions lui a permis de constater dans son urine des quantités appréciables d'iode. Que M. Deschamps essaye l'expérience avec une pommade formée de 2 gros d'iodure de potassium pour 1 once d'axonge, et il obtiendra le même résultat, ou bien qu'il se frictionne l'épigastre avec un mélange de 1 gros de teinture d'opium et de 2 gros d'huile d'olive, et dans l'espace d'une demi-heure il se trouvera, suivant toute probabilité, paisiblement endormi. »

Voilà, en réalité, les seules objections que M. Thompson nous adresse; malheureusement elles reposent en partie sur des faits que nous ne pouvons apprécier. En fait de science, on ne discute que sur des expériences connues des antagonistes et non sur les témoignages de personnes qui ne sont pas en cause.

Nous nous sommes rendu au désir de M. Thompson et nous avons suivi ses conseils. Pour cela nous avons préparé de la pommade avec l'iodure de potassium, en suivant sa formule et en ayant le soin de bien porphyriser l'iodure avec une partie de l'axonge, etc. Nous avons fait pendant quatre jours une friction chaque soir sur l'épigastre, et nous avons analysé l'urine rendue dans la nuit qui a suivi la quatrième friction. Nous avons trouvé de l'iode dans cette urine, mais en proportion infiniment moindre que lorsque nous avons employé le saponé, et cependant il ne contenait que 4 grammes d'iodure pour 40 grammes de saponé, tandis que la pommade de

M. Thompson en renfermait 8, en traduisant l'once par 32 grammes. Nous avons constaté en outre que l'on pouvait extraire beaucoup d'iodure de potassium en lavant la partie frictionnée avec de l'eau. Nous avons trouvé plus d'iode dans l'eau du quatrième lavage, qui eut lieu le sixième jour après les frictions, que dans l'urine.

Quant à l'expérience avec la teinture d'opium, nous en avons confié le soin à un interne de la maison impériale de Charenton, M. Sémeric. Deux motifs nous ont conduit à cette détermination; ce jeune médecin était indisposé, et faisait usage de sirop de pavot, il était d'ailleurs plus apte que nous à apprécier les effets thérapeutiques et physiologiques du médicament. Eh bien ! nous devons le dire, les effets de la friction, faite consciencieusement, en employant beaucoup de liniment, furent sans résultat. Cet insuccès n'est pas un cas isolé, il s'est présenté fréquemment en France, et, comme l'auteur anglais, nous pourrions citer des observations témoignant que les liniments n'ont pas d'action ou n'en ont que peu, tandis que les saponés réussissent beaucoup mieux.

Nous ne suivrons pas M. Thompson dans la seconde partie de ses notes, car les faits qu'il signale sont étrangers au sujet que nous étudions. En effet, il traite de l'usage des emplâtres, mais ces emplâtres sont des écussons qui ne contiennent aucun principe de nature adipeuse; puis viennent les teintures alcooliques. Nous n'avons jamais prétendu que les teintures n'avaient pas d'action, nous avons dit : Mêlez-les avec la teinture de savon et vous augmenterez leurs propriétés.

En résumé, nous pensons pouvoir formuler les conclusions suivantes. Nous persistons à croire que les saponés sont préférables aux liniments et à certaines pommades. Ils ont une grande action thérapeutique. Nous n'avons ni la prétention de les proposer comme une panacée, ni la fatuité de croire qu'il est possible de les substituer à toutes les pommades. Nous croyons que, dans quelques cas spéciaux, les saponés préparés avec le savon mou seraient capables de modifier très-heureusement la nature de certaines plaies, puisque beaucoup d'entre elles supportent très-bien l'action des solutions alcalines. L'avantage des saponés repose sur la facilité avec laquelle ils pénètrent dans la peau; ils doivent être préparés soit avec un alcoolé de savon, soit avec du savon de potasse, sous la forme du baume Opodeldoch : ils seraient plus beaux, n'auraient pas plus d'efficacité, seraient d'un prix plus élevé et plus difficiles à manier. Le savon favorise tellement l'absorption des principes médicamenteux, qu'il est possible de faire pénétrer beaucoup d'huile dans la peau

en la mêlant avec des saponés, dans la proportion de 1 partie d'huile pour 3 de teinture de savon et d'un principe actif quelconque, etc.; ces saponés ou ces liniments savonneux sont utiles lorsque l'on pense qu'un peu d'huile est nécessaire pour donner de la souplesse à la peau. On peut expliquer l'infériorité des liniments et des pommades de la manière suivante : la peau absorbe très-lentement les matières adipeuses. Il est de toute nécessité de recouvrir les parties frictionnées avec du linge, et le linge absorbe la plus grande partie de la préparation médicamenteuse, de la pommade, par exemple; seulement, comme la compresse devient, par suite de cette absorption, imperméable à l'humidité, elle favorise, par une action secondaire, les propriétés des remèdes, en excitant une transpiration qui facilite l'absorption des principes médicamenteux qui recouvrent la peau, et qui peut enlever à la pommade fixée sur le linge les principes qui restent interposés entre les molécules graisseuses, qui ont perdu la plus grande partie de leur fluidité. Si les liniments avaient une grande activité, on serait souvent exposé à déplorer de graves accidents, puisque, dans l'expérience conseillée par M. Thompson, la personne aurait été, après une demi-heure, sous l'influence de 25 centigrammes d'extrait d'opium, représentés par la quantité de liniment employé. Les observations du médecin anglais, qui ont été faites dans les filatures de laine, ne peuvent en aucune manière être invoquées pour prouver que les liniments et les pommades doivent avoir beaucoup d'efficacité, car l'huile qui peut être absorbée par la peau des mains et du visage n'est nullement comparable à celle qui pénètre dans l'organisme par la voie de l'inhalation pulmonaire. Les expériences que nous avons exécutées prouvent que la pommade d'iodure de potassium pourrait être préparée en porphyrisant l'iodure avec l'axonge, puisque nous avons trouvé, comme le prévoyait M. Thompson, la présence de ce corps dans l'urine, mais l'absorption est lente et les pertes sont considérables. Les emplâtres qui ont été appliqués par ce médecin ne peuvent servir à combattre ce que nous avons avancé en nous occupant des saponés, puisqu'ils ne sont pas de nature adipeuse. Le mot *emplâtre* est employé dans un sens impropre, il ne peut servir qu'à induire en erreur sur la composition de la préparation pharmaceutique, et c'est un malheur de se servir d'un nom qui caractérise un médicament, pour faire comprendre aux personnes qui vous lisent ou vous écoutent, qu'un extrait, par exemple, est appliqué sous la forme que l'on donne ordinairement aux masses emplastiques, qui doivent être placées sur le tégument. Enfin, les teintures alcooliques dont M. Thompson

vante les effets ne peuvent pas plus que ses emplâtres servir de point d'appui à son opinion.

Nous terminerons cette note, peut-être un peu longue, par une proposition que nous avons le désir de faire depuis longtemps et qui nous est revenue à l'esprit lorsque nous avons voulu exécuter les expériences qui nous ont été recommandées par M. Thompson.

*Proposition d'un Codex universel.*

Lorsqu'on étudie les formulaires de toutes les nations, on est surpris de la différence qui existe, non-seulement entre les préparations qui y sont décrites, mais encore entre les manières de les formuler, de les doser, etc., et nous nous demandons pourquoi les pharmaciens et les médecins des divers Etats ne s'entendraient pas pour poser ensemble les principes fondamentaux des préparations officinales, en un mot, pour composer un *Codex* qui aurait cours forcé chez toutes les nations. Les médecins ne jouiraient pas moins de la faculté de faire, au lit des malades, toutes les prescriptions qu'ils croiraient nécessaires, mais la composition d'un *Codex universel* serait une œuvre heureuse, qui rendrait de grands services à la pharmacie, à la médecine et aux malades. Cette proposition peut paraître étrange et difficile à exécuter, et cependant sa réalisation serait bien simple, ne rencontrerait pas d'obstacles sérieux, et aurait autant d'utilité que l'application du système métrique aux monnaies, aux poids et aux mesures, puisque les préparations pharmaceutiques auraient le même aspect et les mêmes propriétés, soit qu'elles aient été préparées en France ou en Angleterre, ou en Allemagne ou en Russie, etc. DESCHAMPS.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Tumeurs hydatiques renfermant des échinocoques, heureusement enlevées à l'aide de la cautérisation linéaire.**

Observations communiquées à l'Académie des sciences.

Deux observations d'échinocoques (¹) du foie, publiées par M. le docteur Bouchut dans la Gazette des Hôpitaux (nos 22 et 25 de l'an-

(¹) « Les échinocoques sont des vers microscopiques, appartenant à la classe des vers vésiculaires. Ils ont pour caractères : un corps lisse, oblong ou ovale, une tête munie de quatre suçoirs, et armée d'une couronne de crochets, dis-

née 1859), m'ont d'abord rappelé un fait analogue, que j'ai eu l'occasion d'observer, mais ayant eu une plus heureuse issue; ce qu'il faut attribuer, avant tout, à la différence du siége de la tumeur que j'ai été appelé à enlever à l'aide de la cautérisation linéaire.

Voici d'abord ce fait, que je demanderai la permission de faire suivre de quelques réflexions et de faits semblables, que j'ai eu l'occasion d'observer plus récemment.

*Obs. I.* Le nommé Prosper S***, concierge à Paris, vint me consulter, le 25 octobre 1854, pour une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, de forme ovalaire, située un peu en avant de l'épine iliaque antérieure gauche, et ayant son grand diamètre perpendiculaire à l'axe du corps. Prosper, âgé de quarante-six ans, est d'un tempérament éminemment lymphatique, et il attribue le développement de sa tumeur, dont il fait remonter l'origine à trois ou quatre ans, à ce qu'il a porté des corps assez pesants sur la hanche.

L'absence de toute fluctuation, de toute douleur, l'aspect naturel de la peau qui la recouvre, me fit considérer cette tumeur comme un lipôme, que je résolus d'enlever par le procédé que j'ai exposé dans le mémoire dont j'ai eu l'honneur de lire un extrait devant l'Académie des sciences, dans sa séance du 31 janvier 1859.

Je pratiquai donc immédiatement (25 octobre 1854) une double cautérisation linéaire, l'une de $0^{m},75$, perpendiculaire à l'axe du corps, et la seconde de $0^{m},55$, parallèle à ce même axe, et venant croiser la première à angle droit sur le sommet de la tumeur. Cette première cautérisation fut renouvelée les 26, 27 et 28, mais, cette dernière fois, après avoir légèrement intéressé l'escarre à l'aide de la pointe d'une lancette. Le 30, ayant encore agrandi cette même incision, j'ai pu placer entre les bords de l'ouverture, pratiquée dans la substance désorganisée de l'escarre cruciale, de petits morceaux de caustique Canquoin oblongs et minces, que j'ai maintenus appliqués à l'aide d'un morceau de diachylon.

Le 4 novembre, j'ai enlevé la pâte Canquoin, qui avait produit tout son effet : il s'était manifesté par un grand gonflement et une vive rougeur de toute la circonférence de l'escarre, que j'ai pu détacher le 6. C'est en l'enlevant que j'ai mis à découvert une cavité existant entre les deux feuillets de l'aponévrose fournie par le petit oblique. Il s'est écoulé de cette cavité un liquide légèrement opalin et fourni par un sac membraneux, ouvert par l'action de la cautérisation et ayant absolument l'aspect de cette membrane, qu'on trouve sous la coquille de l'œuf, mais seulement plus épaisse. J'ai pu en même temps extraire de la même cavité un autre sac sem-

posés en deux rangées. Ces vers sont constamment renfermés dans des vésicules ou hydatides, communes à un nombre variable d'individus semblables, et dans lesquelles ils sont toujours libres. Ces vésicules sont elles-mêmes contenues dans un kyste commun, qui les isole des parties environnantes. » (E. Livois, Th. inaug., Paris, 1843.)

blable au premier, mais paraissant parfaitement intact, quoiqu'il ne fût point entièrement rempli par le liquide qu'il renfermait. Les 8 et 10 novembre, il s'échappa encore de la plaie deux petits kystes semblables, le premier du volume d'un grain de chènevis et le second de la grosseur d'un petit grain de plomb.

Dès le jour de la chute de l'escarre, j'ai commencé à rapprocher les bords de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives, mais après avoir introduit le plus profondément possible [1], dans la cavité qui renfermait les vésicules, un long plumasseau de charpie, bien enduit de pommade de concombres. Ces pansements ont été renouvelés chaque jour jusqu'au 16 novembre, en touchant, à dater du 12, les bords de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent et en diminuant l'étendue des plumasseaux de charpie au fur et à mesure qu'ils pénétraient moins profondément. Le 20, par suite de l'oblitération complète de la cavité, leur introduction était devenue impossible, et, le 23, la plaie, qui avait, au début, une si grande étendue, ramenée par les cautérisations répressives aux proportions de celle qui aurait été faite par un bistouri habilement manié, était complétement fermée par une cicatrice parfaitement linéaire. Aucune rechute n'est venue démentir cette cure si facilement et si heureusement obtenue à l'aide de la cautérisation (janvier 1860); je dis facilement, car Prosper n'a jamais gardé le lit et à peine la chambre.

Il y avait un grand intérêt à rechercher quelle était l'origine de ce liquide, qui s'était écoulé après la chute de l'escarre, entraînant avec lui deux vésicules, l'une intacte et pleine, l'autre qui s'est vidée devant moi. Aidé par M. le docteur Follin, qui, dans cette circonstance et plusieurs autres analogues, m'a prêté le concours le plus obligeant, — nous avons reconnu que, quant au liquide contenu dans la vésicule intacte, il avait une légère couleur opaline. — La membrane constituant ces vésicules était parfaitement blanche et, examinée au microscope avec des grossissements variant de 250 à 450 diamètres, elle nous a offert un tissu granulé très-fin et un peu fibreux, comme l'expose M. le professeur Lébert (*Physiologie pa-*

(1) L'événement a prouvé combien j'ai sagement fait en procédant ainsi. Si j'avais en effet simplement rapproché les bords de la plaie et que j'eusse obtenu rapidement la cicatrisation, j'eusse sans doute renfermé quelque vésicule hydatide, qui aurait été l'origine d'une nouvelle tumeur. C'est ce qui est arrivé à la maison impériale de santé, pour un malade qui portait à la partie supérieure et interne de la cuisse une tumeur formée par des hydatides. On pratiqua une injection iodée, qui parut être suivie de succès. Mais un an après la tumeur était revenue. Elle fut alors grandement ouverte par M. Demarquay, jeune chirurgien d'un grand avenir, et l'intérieur du kyste fut cautérisé à plusieurs reprises avec la teinture d'iode. Cette médication procura en 35 jours une guérison, qui a dû être radicale. (*Gaz. des Hôp.*, année 1857, nº 76.)

*thologique*, t. II, p. 498, et pl. XXII, *fig.* 11) dans un mémoire sur les hydatides du foie renfermant des échinocoques, publié en 1843 dans les *Archives de Muller*. Nous avons en outre retrouvé dans ce même liquide, légèrement lactescent, un échinocoque dans toute son intégrité et y nageant librement (Lébert, *loc. cit.*, *fig.* 8), et dans le voisinage plusieurs crochets, provenant de cette portion de l'échinocoque que les micrographes, qui ont étudié ces entozoaires, ont nommée la *couronne*.

Ce n'est donc qu'après coup que j'ai pu diagnostiquer pour la tumeur de Prosper S*** : tumeur hydatique renfermant des échinocoques. Mais quelle a été l'origine, dans ce cas spécial, de ces entozoaires cestoïdes ; d'où sont-ils venus ? M. Bouchut admet, avec la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, qu'ils viennent du dehors et qu'ils sont ingérés avec les aliments. M. Livois fait remarquer (*loc. cit.*) à ce propos qu'on ne rencontre d'échinocoques que chez les animaux herbivores (¹) ou du moins se nourrissant de végétaux (les ruminants, le singe et l'homme) et que, jusqu'à présent du moins, on n'en a jamais trouvé chez les carnassiers. Une fois dans l'estomac, ces entozoaires, obéissant à leurs instincts naturels, vont chercher, en cheminant à travers nos tissus, l'organe où ils peuvent vivre, se développer et sans doute se reproduire. Ainsi nous voyons que dans le cas que je viens de relater, ils ont pu arriver en suivant cette voie jusqu'aux aponévroses du petit oblique; car il me paraît impossible d'admettre qu'ils aient pu y arriver directement de l'extérieur. Du reste on comprendra sans peine qu'il faut encore de nouveaux faits pour éclairer complétement l'histoire de ces parasites, qui offrent le merveilleux phénomène de la génération alternante, qui a été l'objet dans la *Revue des Deux-Mondes* (année 1856) d'une série d'articles du plus haut intérêt et qu'on doit à la plume élégante de M. le professeur Quatrefages, membre de l'Institut.

Les échinocoques ont été encore particulièrement étudiés (depuis la thèse de M. Livois et le mémoire de M. Lébert) dans un excellent article de la dernière édition du *Dictionnaire de Nysten*, rédigé par M. le docteur Ch. Robin, membre de l'Académie de médecine, et dont l'intelligence est facilitée par des dessins que M. Bouchut a reproduits dans l'article que j'ai cité au début de cette note.

(¹) M. Livois n'admet aucune différence entre les échinocoques de l'homme et ceux des animaux ; M. Ch. Robin dit seulement que ces derniers sont plus gros. On en rencontre du reste fréquemment chez eux et c'est presque toujours dans les poumons et dans le foie.

Depuis qu'elle est rédigée et au moment où j'allais la livrer à la publicité, j'ai eu tout récemment (15 octobre 1859) l'occasion d'observer un fait semblable, mais nous offrant une première donnée sur la manière favorable dont peuvent se terminer les tumeurs de ce genre; partie importante de leur histoire, sur laquelle les auteurs se taisent. De telle sorte qu'on ignorait l'histoire de leur commencement aussi bien que celle de leur fin; puisque, toujours selon M. Livois (*loc. cit.*), on ignore leur mode de formation dans l'intérieur des corps où ils se développent. Aussi crois-je devoir résumer ici, sur ce sujet, ce que ce dernier auteur nous apprend.

Avant 1820, les hydatides à échinocoques n'avaient encore été observés que quatre fois chez l'homme : d'abord par Goeze, qui les découvrit le premier (1781); ensuite par Zeder et Rudolphi, qui les décrivit avec plus de soin et leur donna le nom qui leur est resté. Bremser plus tard (1817) compléta cette étude peu de temps avant que Rendtorf (Thèse inaug., 1822) n'ait publié un exemple remarquable d'échinocoques trouvés dans le cerveau d'une fille de onze ans. Un cas d'échinocoques des reins a encore été observé par Muller (1836); ils étaient expulsés de temps en temps par les urines. M. Rose, en Angleterre, avait observé antérieurement (1833) un cas d'échinocoques du foie, d'où ils s'échappaient d'un abcès qui s'était ouvert spontanément.

Une fois introduits dans l'organe qui leur convient, ils s'y établissent, puis ils s'y reproduisent, selon M. Ch. Robin (*loc. cit.*) par gemmation ou bourgeonnement. M. Livois a donc considéré avec raison les granulations, les globules transparents, qu'il a observés et décrits avec soin comme des gemmules oviformes; comme des agrégats de ces vers groupés à côté les uns des autres et maintenus ainsi par un mucus un peu plus épais. C'est l'animal non encore entièrement formé qu'on retrouve dans cette condition d'adhérence à la membrane qui constitue l'hydatide, membrane dite *fertile;* tandis qu'arrivé à son entier développement, il s'en détache et nage ensuite entièrement isolé au milieu du liquide renfermé dans l'hydatide. C'est bien dans cette condition que j'ai eu l'occasion de l'observer avec M. le docteur Follin; condition qui établirait (toujours selon M. Livois) une différence tranchée entre les échinocoques et les cænures (1). Ces derniers, en effet, qui habitent plus spécialement le cerveau, restent toujours adhérents à

(1) Tout le monde sait que les cænures sont la cause d'une maladie à laquelle les moutons sont particulièrement sujets et qu'on nomme *tournis*.

cette même membrane, à la face interne de laquelle ils prennent aussi naissance, mais dont ils ne se détachent jamais.

Relatons maintenant le second fait que j'ai eu l'occasion d'observer, et qui nous offre un exemple de terminaison heureuse par la mort spontanée des entozoaires.

*Obs. II.* M^me^ D***, habitant la ville de Dreux, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament nerveux, jouissant d'une très-bonne santé, quoique assez maigre, est mariée depuis un an et continue, malgré cette condition, d'être parfaitement menstruée. Elle porte sur l'omoplate du côté droit, dans la fosse sus-épineuse, une tumeur d'une très-grande mobilité, sans aucun changement de couleur à la peau et insensible à la pression. Cette tumeur a le volume et la forme d'un gros œuf de poule, et son plus grand diamètre (6 centimètres et demi) est parallèle à la direction du rachis, dont elle est voisine (petit axe, 5 centimètres). La cause en est tout à fait inappréciable et son origine remonte à deux ans au moins. Elle offrait d'abord, quand on s'aperçut de sa présence, le volume d'un pois; elle a pris ensuite chaque jour de l'accroissement pour acquérir avec lenteur le volume actuel; mais depuis quelque temps elle est restée stationnaire.

Je commençai par me demander quelle pouvait être la nature de cette tumeur. La maigreur de la personne, sa jeunesse me firent repousser la pensée d'un lipôme; sa dureté et sa mobilité me firent croire à une tumeur enkystée. Je dois, du reste, le dire en passant, un des avantages de la méthode de la cautérisation linéaire, indépendamment de tous ceux que je m'efforce de faire ressortir; ce nouvel avantage, dis-je, c'est d'exiger une moins grande précision, dans le diagnostic, si difficile à porter dans toutes les affections de ce genre.

Je pratiquai (15 octobre 1859) parallèlement à l'axe du rachis une première cautérisation linéaire d'une longueur de 6 centimètres, qui de suite intéressa la peau dans toute son épaisseur, de sorte que, le 16, je pus fendre l'escarre et mettre la tumeur à découvert. La blancheur nacrée de sa membrane propre, la fermeté de celle-ci et sa structure finement granulée, son insensibilité absolue me rappelèrent d'abord la tumeur de Prosper S***. Aussi, de ce moment, je commençai à cautériser sous la peau de manière à détruire successivement les fortes adhérences que cette membrane, d'un aspect fibreux, avait contractées avec la peau. Mais le 18, en voulant fendre l'escarre résultant des deux cautérisations précédentes, ma lancette pénétra dans une cavité d'où s'échappa un flot d'un liquide d'un gris sale, ressemblant assez bien à du pus. Toutes ces manœuvres ayant lieu presque à l'insu de la malade, qui n'en ressentait aucune douleur, je fendis l'escarre dans toute son étendue, ce qui permit l'issue de deux vésicules globuleuses, offrant la même couleur que le liquide dans lequel elles nageaient et qui s'écrasèrent, malgré l'épaississement évident de leur enveloppe, sur le linge placé pour recevoir tout ce qui s'échappait de la tumeur, que j'avais

ainsi ouverte. Je prescrivis pour le soir un pansement avec l'onguent de la mère et un cataplasme de farine de lin; mode de pansement qui fut continué jusqu'au 24 octobre.

A cette dernière époque, j'ai pu bien examiner la face interne de la tumeur, et j'ai constaté une espèce d'hypertrophie bien remarquable du tissu musculaire, de telle sorte qu'il offrait presque des circonvolutions analogues à celles du cerveau, et au milieu de ces espèces de circonvolutions, j'ai reconnu l'existence d'une cavité pénétrant au milieu des fibres musculaires à une profondeur de 2 à 3 centimètres, recouverte d'une membrane très-fine qui s'insinuait en outre dans toutes les anfractuosités offertes par le tissu musculaire. La matière purulente qui s'est échappée de la cavité mise à jour par la cautérisation, était mêlée de corpuscules d'un blanc sale, se laissant facilement écraser sous le doigt, et qui étaient bien certainement ces germes décrits par M. Livois, mais augmentés de volume et rendus visibles à l'œil nu par la décomposition et l'imbibition du liquide dans lequel ils nageaient.

Mes idées furent alors tout à fait fixées et je ne doutai plus que je n'eusse eu affaire dans ce cas (1), comme dans le précédent, à une tumeur hydatique renfermant très-probablement des échinocoques, mais arrêtée dans son développement par la mort de ces entozoaires; ce qui avait amené nécessairement l'altération du liquide dans lequel ils vivaient.

De ce moment, j'ai commencé à cautériser abondamment avec le crayon de nitrate d'argent toute l'étendue du tissu musculaire mis à nu et appartenant au trapèze, toutes les anfractuosités, mais surtout celles pénétrant si profondément dans la substance même du muscle. Après chaque cautérisation, je rapprochai les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives. Ces premiers pansements avec cautérisation ont été suivis de la chute de ces fausses membranes pénétrant, ainsi que j'ai dit, dans les anfractuosités signalées et surtout dans cette cavité si profonde, mais qui, dès le moment où tout le tissu morbide a été détruit, a été chaque jour en s'oblitérant. C'est de ce moment aussi que le tissu musculaire a repris son aspect normal, que la plaie a été chaque jour se rétrécissant et que la cicatrisation a commencé à s'opérer. Elle a été complète et linéaire le 25 novembre, jour où Mme D*** est retournée dans son pays.

La douleur, de l'aveu de la malade, qui est cependant fort sensible, a été généralement fort supportable et ne s'est manifestée que dans le moment des premières cautérisations (on se rappelle que quatre ont suffi) et jamais, à l'exception d'un jour, où Mme D*** a été retenue à la chambre par un accès de coryza fébrile, elle n'a cessé de sortir pour ses affaires ou son plaisir.

Je dois ici m'adresser une question : la présence de ces parasites

---

(1) M. Livois (*loc. cit.*) ne paraît pas douter que ces tumeurs ne soient assez fréquentes et que les chirurgiens n'en rencontrent assez souvent, mais sans s'en rendre compte. Tel est sans doute le cas de la tumeur opérée par M. Demarquay et dont nous avons parlé plus haut.

au milieu de nos tissus, mais en dehors des organes essentiels à la vie, peut-elle exercer une influence fâcheuse sur la santé de l'individu qui en est porteur? Ce qui s'est passé chez Mme D*** serait de nature à le faire croire. J'ai dit, en effet, que cette dame était gastralgique et assez maigre; mais, peu de temps après avoir été débarrassée de sa tumeur, elle a cessé de souffrir de l'estomac et a quitté Paris sensiblement engraissée.

Il faut reconnaître que, dans le cours de ses occupations, il se présente pour le médecin de singulières coïncidences. Ainsi, au moment même où je me disposais à adresser cette note à l'Académie des sciences, il m'est survenu un troisième cas, sans doute semblable, mais offrant bien certainement la plus grande analogie avec les deux premiers. Sa relation aura, je crois, pour mes lecteurs, non moins d'intérêt que les précédents.

*Obs. III.* Mlle Justine D***, âgée de trente-trois ans, bien menstruée, d'un tempérament nerveux, jouissant d'une assez bonne santé, quoique gastralgique, porte sur la tempe gauche à l'origine des cheveux une tumeur plate, oblongue, du volume et de la forme de la moitié d'un œuf de pigeon. Son insensibilité, sa mollesse, son peu de mobilité me font croire à l'existence d'un lipôme. L'origine de cette tumeur remonte à dix-huit mois environ; et il est important de noter que son apparition a été précédée pendant quelques jours d'une douleur vive et profonde, qui a été généralement prise pour une douleur névralgique. La tumeur une fois apparue est restée quelque temps stationnaire, et ce n'est guère que depuis six mois qu'elle a commencé à prendre un accroissement assez rapide pour atteindre, dans ces délais, le volume actuel. Mon diagnostic étant ainsi posé, je dus croire la cause de cette tumeur héréditaire : le père de Justine en effet est affecté de plusieurs lipômes, dont deux ont acquis des proportions assez considérables.

J'attaquai immédiatement (27 octobre 1859) le soi-disant lipôme à l'aide d'une cautérisation linéaire, suivant une direction oblique, de manière à former un angle obtus avec l'axe du corps, et je lui donnai une étendue de 30 millimètres, représentant à peu près la longueur du plus grand axe de la tumeur (35 millimètres); tandis que son plus petit axe n'a que 25 millimètres. Cette cautérisation fut renouvelée le 29 après avoir légèrement incisé l'escarre, et, le 31, je pus garnir de fragments minces et oblongs de caustique Canquoin l'hiatus ouvert dans l'escarre. Le 5 novembre, alors que le Canquoin avait produit tout son effet, avec douleurs assez vives et gonflement de la face, je fis faire des pansements avec l'onguent de la mère Th***, recouverts de cataplasmes émollients et calmants.

Le 7, je pus enlever l'escarre, qui paraissait avoir formé une cavité assez profonde, au fond de laquelle je trouvai une substance membraneuse recouvrant une petite portion du muscle temporal, dont le tissu ressemblait à de la chair corrompue; tout le pourtour

de cette concavité était formé par la substance de ce même muscle, mais hypertrophiée. Malgré la perte de substance causée par le caustique, la tumeur me parut peu diminuée de volume.

Je ne pouvais plus croire à l'existence d'un lipôme, et j'eus un moment d'hésitation sur ma conduite ultérieure. Mais, tenant compte de l'altération évidente d'une portion du tissu musculaire, de l'hypertrophie d'une autre portion, je pensai qu'il y avait là des tissus malades à détruire, et je plaçai, au fond de la cavité que j'avais produite, un fragment de Canquoin de 1 millimètre à peine d'épaisseur, de forme ronde, moins grand qu'une pièce de 20 centimes, et je le recouvris d'un autre morceau du même caustique, assez mince aussi, de forme ovale et occupant toute la cavité laissée par la chute de la première escarre. Je recommandai que le caustique ne fût laissé que sept ou huit heures au plus, et que la partie cautérisée fût ensuite recouverte de cataplasmes émollients et calmants. La douleur, assez vive d'abord, se calma, permit une bonne nuit, puis se réveilla et détermina un gonflement de ce côté de la face, plus considérable que la première fois. Je fis revenir aux premiers pansements.

Le 14, je pus enlever l'escarre en totalité, et au centre, au fond de la plaie, je remarquai de suite que le caustique avait produit une petite perforation de 2 millimètres à peine de diamètre, d'où s'écoulait un liquide assez semblable à de l'eau pure, mais offrant une légère teinte opaline. En pressant sur la tempe, je fis écouler environ un demi-verre à liqueur de ce liquide, que je n'eus pas la présence d'esprit de recueillir, et je vis se présenter à cette ouverture, que le caustique avait faite, un petit sac membraneux que je saisis avec une pince et que je retirai en entier, sauf la solution de continuité qu'y avait produite le caustique et qui avait permis qu'il se vidât.

La membrane de ce kyste, qui renfermait bien probablement un ou plusieurs échinocoques, était identiquement semblable à celle que m'avait fournie la tumeur de Prosper S*** (*Obs. I*). M. le docteur Ch. Robin, toujours aussi obligeant, a bien voulu faire de cette membrane un examen microscopique, qui est venu en grande partie confirmer ma manière de voir. « Le sac membraneux que vous m'avez adressé, m'écrit le savant académicien, offre la structure de la paroi propre des hydatides ou acéphalocystes ; mais je n'ai pu y retrouver des restes d'échinocoques. Il se peut cependant qu'il y en eût et qu'ils se soient perdus avec le liquide, ce qui arrive parfois. Mais vous savez qu'il y a aussi des hydatides sans échinocoques, parce que l'hydatide se développe avant l'animal, dont elle est l'enveloppe protectrice. »

De ce moment l'observation de M^lle^ Justine D*** n'a plus rien offert de bien important à noter. Le liquide fourni par la cavité où était l'hydatide est devenu purulent ; ses parois, maintenues, rapprochées par une légère pression exercée sur le front, se sont recollées, et, une fois la cavité oblitérée (22 novembre), la cicatrisation, favorisée par des pansements avec des bandelettes agglutinatives, s'est opérée ; elle était complète le 30 novembre. A l'exception des jours qui ont

immédiatement suivi les deux applications de Canquoin, la malade a toujours fait le voyage de Charenton pour venir se faire panser chez moi ; et le jour même où elle a été le plus impressionnée par le caustique (ce fut au moment de la menstruation), elle n'a jamais fait plus que de garder la chambre.

Je terminerai cette note en donnant, avec M. Livois, et en la complétant, l'énumération des organes où l'on a jusqu'à ce jour rencontré des échinocoques. On en a donc trouvé dans le cerveau (Zeder, Rendtorf) ; dans les poumons (Neucourt) ; dans le foie (Curling, Neucourt, Caron, Livois, Bouchut) ; dans la rate (Neucourt, Livois) ; entre les lames des épiploons (Neucourt, Livois) ; dans l'œil, entre le cristallin et la choroïde (Gescheidt) ; dans les urines et dans les reins (Muller, Rayer, Livois) ; dans le tissu cellulaire sous-claviculaire (Bremser) ; entre les deux feuillets de l'aponévrose du petit oblique (A. Legrand) ; enfin et en dernier lieu, dans le tissu musculaire même du trapèze et entre le temporal et l'aponévrose occipito-frontale (A. Legrand).

Dans le plus grand nombre des cas que je viens d'énumérer, la présence de ces entozoaires a été démontrée par l'autopsie, ce qui prouve assez le danger que fait courir à l'homme leur introduction au milieu de nos organes, danger qu'il est plus facile de signaler que d'indiquer les moyens de s'en préserver. Quant aux régions accessibles à la chirurgie, le fait de rechute que j'ai cité tendrait à démontrer, indépendamment des dangers que j'ai si souvent signalés, les avantages de l'emploi des caustiques sur le bistouri. En effet, la manière dont il faut procéder avec ces derniers agents rend la repullulation tout à fait impossible, puisqu'ils vont poursuivre le parasite dans les plus profondes anfractuosités de l'habitation qu'il sait se créer. Quant à la longueur du traitement, l'avantage resterait encore du côté de la méthode de la cautérisation linéaire, puisqu'il a exigé trente-cinq jours dans le cas de M. Demarquay et trente tout au plus dans les trois cas que je viens de rapporter.

A. Legrand, D.-M. P.

*P.-S.* Les malades des deux dernières observations continuent de jouir du bénéfice de l'opération qu'ils ont subie. (28 janvier 1860.)

---

## BULLETIN DES HOPITAUX.

---

Observation d'une amputation de cuisse pratiquée sans douleur sous l'influence des manoeuvres hypnotiques. — Quoique nous nous soyons imposé l'obligation d'attendre le rapport de la Commission nommée par la Société de chirurgie pour apprécier définitivement la valeur de l'hypnotisme comme moyen anesthésique, nous n'en croyons pas moins devoir signaler les faits les plus importants qui se produisent. Après l'observation de tétanos traité par les manœuvres hypnotiques que nous avons publiée dans notre dernier numéro, nous n'en connaissons pas de plus intéressante que l'observation suivante adressée à la Société de chirurgie par M. Guérineau (de Poitiers).

Jarrie (Georges), âgé de trente-quatre ans, du village de Morthemer (département de la Vienne), entre à l'Hôtel-Dieu de Poitiers le 25 octobre 1859, pour y être traité d'une tumeur blanche du genou gauche. Ce malade, d'une constitution lymphatique, très-amaigri, ne paraît nullement impressionnable; fatigué par les privations de toute nature et par une maladie qui dure depuis deux ans, il réclame lui-même avec calme l'amputation de la cuisse. Certains symptômes fournis par l'auscultation faisant craindre la présence de tubercules, on prescrit pendant deux mois environ une nourriture substantielle, le vin de quinquina et l'huile de foie de morue.

Le 19 décembre, l'état s'étant beaucoup amélioré, je propose l'amputation, qui est acceptée sans hésitation pour le lendemain. Il faut ajouter que pendant le séjour à l'hôpital le genou gauche, qui présentait un volume d'un tiers au moins plus considérable que le droit, avait été traité localement, mais sans succès, par tous les moyens employés d'ordinaire contre les tumeurs blanches. Ce genou était tellement douloureux, que le moindre mouvement imprimé au membre arrachait des cris au malade. Ce dernier craignait la douleur à ce point qu'il a mieux aimé se traîner peu à peu lui-même jusqu'à la salle d'opération que de s'y faire porter par les infirmiers ; toutefois, épuisé de fatigue, il se trouve mal en y arrivant.

Une heure environ après cette syncope, j'explore le pouls qui était un peu faible; le malade, il est vrai, n'avait pas voulu prendre de nourriture depuis vingt-quatre heures.

J'opérai en présence de MM. Pomonti, chirurgien-major au

72e de ligne; Delaunay, professeur adjoint; Jallet, chef des travaux anatomiques, et des élèves de l'école de médecine de Poitiers. L'un d'eux place une spatule à 2 décimètres environ de la racine du nez du malade, couché dans la position horizontale, les jambes et les cuisses ne reposant pas sur le lit. Craignant les vives douleurs que le moindre mouvement imprimé au genou faisait renaître, Jarrie soutenait sa jambe gauche avec la droite croisée au-dessous; un des élèves maintenait les deux membres dans cette position. Le strabisme convergent et en haut se produit promptement. Je veux alors séparer les deux jambes du malade; il se plaint beaucoup et s'y oppose. Je lui fais observer qu'il m'est impossible d'opérer dans la position qu'il occupe; il se décide alors à laisser placer les deux cuisses dans l'abduction, malgré la vive douleur qu'il éprouve et en poussant des gémissements.

Cinq minutes s'étaient écoulées depuis que les yeux étaient fixés sur la spatule. J'élève le bras gauche au-dessus du lit, puis je l'abandonne; il y retombe aussitôt.

Il n'y a point de catalepsie.

Le malade dit que je ne pourrai pas l'endormir par ce procédé.

Je recommande aussitôt le plus grand silence dans la salle, où de nombreuses conversations particulières s'établissaient déjà, et moi-même je n'adresse plus la parole au patient, qui regarde la spatule avec persévérance.

Après cinq minutes du plus profond silence, je pratique l'amputation à la partie inférieure de la cuisse, par la méthode à deux lambeaux. Pendant cette opération, qui dure une minute et demie, le malade ne profère aucune plainte et ne fait pas le moindre mouvement, bien qu'il soit à peine maintenu. Je lui adresse la parole et lui demande comment il se trouve; il me répond qu'il se croit dans le paradis, saisit aussitôt ma main et la porte à ses lèvres.

Pendant l'opération, les yeux étaient agités d'un mouvement oscillatoire: ils avaient l'air de chercher à voir la spatule.

L'un des élèves pinça la cuisse environ deux minutes avant l'amputation et demanda au malade s'il éprouvait de la douleur.

« Oh! je sens bien un peu, » répondit-il.

Vers le même moment un autre élève souleva le bras, qui retomba sur le lit : il ne paraît donc point y avoir eu de catalepsie.

L'amputation terminée, le malade dit à l'élève :

« J'ai senti ce qu'on m'a fait, et la preuve, c'est que ma cuisse a été coupée au moment où vous me demandiez si j'éprouvais quelque douleur. »

Or, ce n'est que deux minutes après cette interrogation que commença l'opération, et, pendant tout ce temps, les traits du visage n'ont pas montré le moindre spasme ni la moindre contraction ; Jarrie semblait toujours chercher des yeux le corps brillant.

Il est resté bien avéré pour tous les assistants que le malade n'avait pas éprouvé de douleur, car il n'a pas proféré la moindre plainte, tandis qu'auparavant il criait aussitôt qu'on imprimait le plus léger mouvement au membre lésé.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Acupressure**. *Nouvelle méthode pour arrêter les hémorrhagies chirurgicales.* M. le professeur Simpson vient de proposer un nouveau moyen pour arrêter les hémorrhagies traumatiques et remplacer les ligatures généralement employées en pareille circonstance. Voici en quoi consiste ce nouveau moyen, auquel son inventeur a donné le nom d'*acupressure*.

Le procédé de l'acupressure consiste à passer l'aiguille deux fois à travers la substance de la plaie, de manière à comprimer, au moyen de la partie moyenne de l'aiguille, le bout cardiaque de l'artère blessée, dans l'étendue d'une ou de deux lignes. La seule partie de l'aiguille qui reste exposée à la surface saignante de la plaie est cette petite portion moyenne qui passe par-dessus le tube artériel et le comprime. L'aiguille est retirée vers le deuxième ou le troisième jour; et comme alors on suppose que l'artère est exactement oblitérée, en agissant ainsi, on ne laisse rien qui ressemble à un corps étranger dans les tissus composant les lambeaux ou les bords de la plaie. Pour produire exactement l'occlusion d'un tube artériel que l'on désire comprimer, il faut que l'aiguille passée au-dessus de ce tube le presse avec une force suffisante contre quelque corps résistant. Ce corps résistant se trouve le plus souvent : 1° dans les parois cutanées ou autres tissus formant les bords de la plaie; quelquefois dans un os voisin, ou quelque autre corps dur contre lequel l'artère est très-solidement prise et comprimée par l'aiguille compressive; 3° et, dans quelques cas rares, il peut être utile en pratique d'introduire une seconde aiguille, qui servira de point d'appui pour la compression. Le plus souvent, une seule aiguille est parfaitement suffisante, même pour l'amputation de la cuisse; seulement, un lambeau large et épais exige une aiguille d'une longueur proportionnée.

Pour appliquer ce moyen hémostatique, le chirurgien peut placer l'extrémité de l'indicateur de la main gauche sur l'orifice saignant de l'artère qu'il veut comprimer et clore; puis, tenant l'aiguille de la main droite, il l'introduit par la surface cutanée du lambeau, et la pousse jusqu'à ce qu'elle ait traversé toute l'épaisseur et dépassé de quelques lignes la surface saignante de la plaie, un peu vers la droite et en avant de l'extrémité du doigt; alors, agissant avec la main droite sur la tête de l'aiguille, il incline et dirige la pointe de manière à lui faire faire un véritable point en travers du tube artériel, immédiatement au-devant de l'extrémité du doigt qui comprime; puis, pressant avec ce doigt sur l'orifice artériel, il pousse l'aiguille de façon à la faire entrer de nouveau dans le lambeau, à gauche de l'artère, et, continuant la pression sur l'aiguille, il la fait ressortir à la surface cutanée du lambeau. Le point où se trouve située l'artère est maintenu fixe et comprimé par l'arc ou pont d'acier qui passe au-dessus de lui. De cette façon, l'aiguille passe d'abord de la peau du lambeau vers la face interne de la plaie; et, après avoir formé un pont au-dessus de l'extrémité de l'artère, elle pénètre une seconde fois dans la plaie de la surface saignante à travers la peau. Le degré de pression nécessaire pour clore efficacement une artère est beaucoup moindre que ne le pensent la généralité des praticiens. D'ailleurs, on peut accroître régulièrement le degré de pression; il suffit, pour cela, de varier l'angle que fait

l'aiguille en pénétrant d'abord et en passant ensuite de dedans en dehors.

Dans deux cas, M. Simpson a établi sur les branches de l'artère mammaire interne divisée une occlusion facile et parfaite, en passant l'aiguille à travers le lambeau, près de l'artère, et en la poussant à travers les tissus situés derrière elle.

Voici, en résumé, les avantages que M. Simpson attribue à ce procédé comparé à la ligature :

1º L'acupressure est plus facile, plus simple et plus prompte dans son application que la ligature.

2º Les aiguilles, dans l'acupressure, ne sauraient être envisagées comme des corps étrangers irritants; elles peuvent d'ailleurs toujours être retirées au bout de deux ou trois jours, aussitôt que l'artère semble devoir être oblitérée.

3º L'acupressure n'entraîne pas, comme la ligature, l'ulcération, la suppuration et la gangrène des parties où elle est appliquée; elle n'a aucune des conséquences morbides de la ligature.

4º Les chances de l'union des plaies par première intention sont plus grandes à la suite de ce procédé qu'après la ligature.

5º L'acupressure ne donne lieu ni à la phlébite, ni à la pyohémie; en un mot, à aucun des accidents de la fièvre chirurgicale.

Tels sont, d'après M. Simpson, les avantages de l'acupressure. Reste à une expérience plus multipliée à en vérifier l'exactitude. (*Gaz. hebdom.*, janvier 1860.)

**Atropine.** *Indications et avantages de cet alcaloïde employé en collyre.* Depuis 1851, le docteur Maestre a substitué l'atropine à la belladone dans les applications topiques destinées à combattre les ulcérations de la cornée. Sans prétendre à la priorité de cette substitution, ce médecin rapporte dix observations d'ulcérations variées de la cornée, dans lesquelles il a obtenu les résultats les plus avantageux du collyre suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Eau distillée........ | 30 gramm. |
| | Atropine.......... | 5 centigr. |
| | Acide sulfurique.... | 1 goutte. |

Toutes les deux heures, on instille une goutte de ce liquide entre les paupières. Après trois ou quatre jours, on associe à l'usage du collyre des cautérisations légères des bords de l'ulcère, avec le crayon de sulfate de cuivre ou de nitrate d'argent. Ce traitement local, suffisant dans les cas simples, doit être aidé, dans les cas graves, de l'emploi de moyens généraux en rapport avec la nature de l'ophthalmie, dont l'ulcération de la cornée est une conséquence.

S'appuyant sur ces observations cliniques, l'auteur résume ainsi son opinion sur les effets du collyre d'atropine :

1º L'atropine est employée avantageusement pour combattre le spasme palpébral, la photophobie, l'épiphora et les phénomènes de la congestion vasculaire qui accompagnent le plus souvent les ulcères de la cornée.

2º Elle déterge ces ulcérations et favorise la cicatrisation par une action modificatrice spéciale.

3º Dans les perforations de la cornée, elle empêche la formation de la hernie de l'iris, en faisant rétracter cette membrane jusqu'au cercle ciliaire, pendant le temps nécessaire pour la production de la lymphe plastique qui doit former la cicatrice. (*La España medica* et *Gaz. méd. de Lyon*, décembre.)

---

**Bandage de Burggraeve** *pour le traitement des fractures.* M. le professeur Burggraeve a introduit une modification très-heureuse dans le système d'appareils inamovibles, en y introduisant l'usage de la ouate. Le bandage, auquel on a donné son nom, consiste à envelopper le membre d'une grande quantité de ouate que l'on tasse fortement et que l'on maintient à l'aide d'une bande roulée, médiocrement serrée, et à placer sur cette première bande de larges bandes de carton mouillé qui prennent facilement la forme des parties; celles-ci sont recouvertes à leur tour d'une bande roulée, peu serrée, comme la précédente; et par-dessus le tout, on applique une solution de dextrine ou d'amidon, que l'on laisse sécher à l'air. Le but principal de cet appareil, qui n'est au fond, comme on le voit, qu'un appareil inamovible, mais qui diffère néanmoins de tous les autres par son mode d'action, est d'exercer une pression constante et uniforme qui se maintient égale pendant toute la durée de son application. En effet, la ouate, tendant toujours, par son élasticité, à reprendre son volume primitif, presse excentriquement sur les bandes qui l'entourent; mais celles-ci ne cédant pas ou ne cédant que très-peu, l'élasticité de la ouate se développe du côté où elle trouve le moins de résistance, c'est-à-

dire du côté du membre. Il s'ensuit qu'au lieu d'une pression variable, toujours subordonnée aux variations de volume du membre, on a une compression constante et qui se maintient toujours au même degré. Si l'on suppose même que le membre, qui était tuméfié au moment de l'application de l'appareil, vient à diminuer de volume au bout de quelques jours, les parties n'en seront pas moins comprimées, la ouate tendant toujours à diminuer les vides qui se font, et la pression n'est point interrompue.

Tels sont les avantages que M. Nélaton a particulièrement reconnus à ce mode de pansement des fractures qu'il met depuis quelque temps en usage, non pas exclusivement, mais de préférence aux autres, dans son service de la clinique. Ces avantages ressortent d'autant mieux dans la pratique, qu'on les rapproche des inconvénients corrélatifs que l'expérience a fait reconnaître dans les appareils inamovibles amidonnés, dextrinés, plâtrés, etc. Ceux-ci, en effet, ont tous l'inconvénient de se solidifier sur le membre, au moment où on les applique, et de représenter des moules ayant exactement les dimensions actuelles du membre, et par cela même de laisser bientôt autour de lui un vide plus ou moins considérable dès que survient le dégorgement. Un autre inconvénient qui leur est également commun est de se fausser facilement, si le malade vient à faire un mouvement avant que l'appareil soit parfaitement desséché et de former des plis rentrants qui compriment les tissus, provoquent souvent des douleurs intolérables, et finissent même quelquefois par causer des accidents sérieux, tels que la gangrène par exemple.

C'est surtout dans les fractures sans déplacement, et où il suffit de maintenir simplement les fragments en rapport d'une manière constante et sans faire souffrir les malades, qu'il lui a paru avantageux. Dans les cas, au contraire, où la fracture a une certaine tendance au déplacement, il lui paraît incapable de s'y opposer d'une manière efficace, et par conséquent insuffisant.

M. Nélaton emploie également ce bandage dans d'autres affections dont le traitement réclame une compression constante, unie à l'immobilité, telles que les tumeurs blanches des articulations par exemple, les cas de carie, de nécrose, etc. (*Gaz. des Hôpit.*, janvier 1860.)

**Chaux** (*Emploi médical du saccharate de*). Le docteur Cleland propose de substituer le saccharate de chaux sesquibasique à l'eau de chaux, qui ne contient en dissolution qu'une proportion minime de chaux et qu'il faut administrer à doses énormes, fatigantes pour des estomacs débiles. Le saccharate de chaux est au contraire très-soluble, et, par suite, d'un emploi plus commode. D'après cet auteur, il aurait, en outre, des propriétés thérapeutiques très-supérieures à celles de la chaux; en tant que médicament alcalin, il est aussi énergique que ceux que l'on emploie habituellement, mais il a sur eux l'avantage de ne pas entraver les fonctions digestives. Le saccharate de chaux est, au contraire, un tonique énergique pour les organes digestifs, préférable aux toniques tirés du règne végétal dans les cas de dyspepsie opiniâtre. Il ne convient pas seulement dans les cas où la sécrétion du suc gastrique est plus abondante qu'à l'état normal, mais aussi dans ceux où cette sécrétion est diminuée. C'est surtout chez les sujets goutteux qu'il paraît agir avantageusement. Loin de produire la constipation, il active les sécrétions alvines et suffit souvent à lui seul pour faire cesser la constipation qui accompagne certaines dyspepsies. Dans un cas seulement, M. Cleland l'a vu produire un effet purgatif très-intense. Il s'en est servi, par contre, avec un succès complet, dans certaines diarrhées liées à des troubles de la digestion.

Le saccharate de chaux ne doit pas être pris le matin à jeun, parce qu'il donne alors facilement lieu à des nausées; il faut le faire prendre après les repas. M. Cleland l'administre à la dose de 1 à 3 grammes dans un verre d'eau, deux ou trois fois par jour. (*Edimb. med. Journ.* et *Gaz. hebd.*, janvier 1860.)

---

**Forceps.** *Manœuvre obstétricale destinée à remplacer son usage dans certains cas donnés.* Dans un cas de dystocie produite uniquement par la résistance et le défaut d'extensibilité des parties molles, et où l'application du forceps offrait des difficultés à peu près insurmontables et des incisions avaient déjà été pratiquées sans succès, M. le docteur Dupont, de Huy, a eu recours à une manœuvre simple, et dont le résultat heureux nous a paru constituer un précédent qui pourrait être imité avec avantage en pareille circonstance. Voici le fait.

Appelé à donner ses soins à une femme qui était en travail depuis une journée, M. Dupont constata que la tête s'était arrêtée sur le plancher périnéal, où elle faisait un relief manifeste à l'extérieur; le sommet visible à la vulve se présentait dans sa position ordinaire, c'est-à-dire la suture médiane correspondant à l'axe pubio-coccygien. La tête n'était évidemment retenue que par les parties molles, et particulièrement par une corde fortement tendue, un anneau contracté spasmodiquement sur la circonférence de la tête. Ce cercle non dilatable fut reconnu pour être le constricteur ou sphincter vaginal poussé en avant par la tête de l'enfant. Cette corde isolée du reste des replis muqueux fut débridée sur le doigt, à droite et à gauche, à peu près à la manière des incisions obliques de M. P. Dubois, avec cette différence que les incisions ici n'intéressant que le sphincter et un peu de muqueuse, le débridement fait, le principal obstacle était levé; aussi la tête s'engagea-t-elle un peu plus dans l'anneau vulvaire; mais la tête n'en redevint pas moins de nouveau immobile sur le plancher du périnée, malgré les douleurs qui n'avaient pas perdu leur intensité. Une heure d'attente n'amenant pas la moindre progression de la tête enclavée dans la vulve, M. Dupont se décida à agir. Vu la difficulté d'appliquer le forceps, les parties molles faisant en quelque sorte corps avec la tête, il s'arrêta à la manœuvre suivante: le doigt plongé dans l'anus reconnut bientôt la face; il ne s'agissait que de faire exécuter à la tête son mouvement d'extension ou de dégagement; à cet effet, le doigt fut introduit dans la bouche de l'enfant, en y engageant la paroi antérieure du rectum; et, pressant sur l'arcade alvéolaire supérieure, l'opérateur attira celle-ci en bas et en avant : la tête fit lentement son mouvement d'extension pour se dégager. La main gauche restant libre put servir à soutenir le périnée. (*Le Scalpel de Liége* et *Presse méd. Belge*, décembre 1859.)

**Glycosurie.** *Apparition de ce phénomène pendant la durée de la fièvre paludéenne.* Aux causes diverses déjà connues de l'apparition de la glycosurie, M. le docteur Burdel vient en ajouter une nouvelle non moins digne d'intérêt que ses aînées. Voici les conclusions qui terminent son mémoire.

1° Il existe dans les fièvres paludéennes un véritable diabète ou glycosurie.

2° Cette glycosurie n'est qu'éphémère, c'est-à-dire qu'étant l'expression des troubles survenus dans l'organisme, elle apparaît avec la fièvre, persiste autant qu'elle, et disparaît avec elle.

3° La glycosurie de la fièvre paludéenne révèle bien le trouble profond et spécial qui frappe l'équilibre existant entre le système cérébro-spinal et le système sympathique.

4° Cette explication donnée, par M. Cl. Bernard, se trouve confirmée par ces faits.

5° Plus l'accès est violent, plus les frissons sont intenses, plus aussi la quantité de sucre dans les urines est considérable.

6° Plus au contraire les accès ont été nombreux et ont perdu de leur force, plus en un mot la cachexie s'établit, moins la quantité de sucre est élevée. (*Journal de méd. de Bordeaux*, janvier 1860).

---

**Iléus** *traité avec succès par les laxatifs.* M. le docteur Goetseels rapporte l'observation d'un fermier, âgé de quarante-huit ans, d'une forte constitution, qui était atteint d'iléus. Les émissions sanguines, les émollients, le calomel à petites doses, associé à la poudre de rhubarbe (0gr,05 de calomel, 0gr,0250 de rhubarbe), administrés d'heure en heure, la belladone, puis l'huile de ricin ont amené une terminaison heureuse de la maladie.

Il est regrettable, sans doute, que le journal auquel nous empruntons ce fait le rapporte en des termes aussi brefs, qui ne permettent pas d'apprécier si l'on a eu affaire effectivement à un iléus. S'il en était ainsi, il est assez digne de remarque de voir des accidents aussi graves céder à l'emploi successif et soutenu, il est vrai, d'agents purgatifs d'une action assez légère en général, et dont les doses ont été peu élevées. Il faut tenir compte aussi de la belladone qui a dû joindre son action sédative particulière à celle des laxatifs. Quoi qu'il en soit, c'est toujours une pratique heureuse à signaler. (*Presse méd. Belge*, décembre 1859.)

---

**Noyaux de cerises** *expulsés après un séjour de sept ans dans l'intestin.* Les cas de rétention pendant de longues années de corps étrangers dans les voies digestives ne sont point

rares ; mais dans le plus grand nombre de faits de ce genre, le séjour prolongé de ces corps a fini par donner lieu à des accidents mortels. Le fait suivant, communiqué par M. le docteur Dagaud à la Société médicale de Chambéry, est intéressant en ce qu'il constitue une exception heureuse à cette règle :

Un jeune homme de vingt-deux ans mangea, au mois de juin 1847, une quantité considérable de cerises, avalant tout, pulpe et noyaux, sans en être incommodé. Pendant dix-huit mois, il continua à jouir d'une santé parfaite ; mais au mois de janvier 1849, de vives douleurs, accompagnées de borborygmes, se manifestèrent près de la région ombilicale, autour d'une tumeur mobile et arrondie. Ces douleurs se répétèrent plus ou moins fortes pendant les années suivantes, à dix ou quinze jours d'intervalle, et toujours après le repas. La tumeur disparaissait aussitôt que le malade cessait de souffrir. Cependant, durant les années 1849, 50 et 51, l'appétit se maintint bon, la digestion se faisait bien, les selles étaient libres et régulières, et l'état général assez satisfaisant. A partir de 1852, les douleurs devinrent plus fréquentes et sa santé délabrée ne lui permit plus de travailler. Les coliques allèrent en augmentant de fréquence et d'intensité, toujours accompagnées de borborygmes et de l'apparition plus manifeste de la tumeur problématique à la région ombilicale. La présence des corps étrangers fut méconnue pendant tout ce temps. Les moyens les plus variés, évacuants, opiats, antiphlogistiques, etc., avaient été pendant quatre années alternativement employés, et le malade désespéré, ne trouvant aucun soulagement à ses maux, avait renoncé à tout traitement. Un jour pourtant (c'était en 1854), obéissant aux conseils d'un empirique, il prit trois doses successives d'un purgatif drastique des plus violents. A son grand étonnement, la seconde dose amena quelques noyaux de cerises, dont il n'avait mangé qu'une fois pendant plus de sept ans. La troisième lui fit expulser une quantité considérable de ces noyaux. Dès cet instant, la tumeur a disparu et la santé est graduellement revenue. (*Compte rendu de la Soc. méd. de Chambéry* et *Gaz. hebdomad.*, janvier 1860.)

---

**Pleurésie aiguë** *guérie spontanément par l'accouchement*. Il n'y a rien d'étonnant, *a priori*, à ce qu'une action physiologique aussi importante que le travail de l'accouchement et la déplétion considérable qui en est la suite dans les liquides de l'économie, puisse amener à elle seule la résolution d'un engorgement inflammatoire. Mais quelque rationnel que paraisse un fait, il n'est tel pour obliger les esprits à l'admettre que de le voir réalisé. C'est ce qu'on peut voir dans les deux observations suivantes rapportées par M. le docteur don I. Gumez Moya :

*Obs. I.* Une femme de vingt-six ans, hystérique depuis une hémorrhagie abondante survenue après un accouchement laborieux, il y a quatre ans, éprouva en novembre 1857, étant enceinte et près de son terme, une douleur pongitive dans la région mammaire droite, succédant à un refroidissement. Les serviettes chaudes et les sinapismes n'atténuant pas la douleur, M. Moya fut appelé ; il trouva la malade avec la face très-animée, une toux sèche et fréquente, à laquelle elle évitait autant que possible de se livrer, à cause de la douleur violente qui en résultait dans le côté ; pouls fort et développé, chaleur générale augmentée, céphalalgie et soif intenses. (Saignée de 300 grammes, tisane pectorale, diète.)

Le lendemain, après une nuit agitée, même état. Nouvelle saignée de 250 grammes. A deux heures de l'après-midi, et sans que les symptômes pathologiques eussent diminué, la malade fut prise des douleurs de l'accouchement, et des contractions fortes et fréquentes ne tardèrent pas à amener un enfant bien portant à huit heures ; la douleur thoracique n'était perçue que pendant la toux, et la fièvre était beaucoup moins intense.

Le lendemain, après un sommeil paisible et une nuit calme, il n'y avait plus de trace d'inflammation pleurétique ; l'état général était satisfaisant et la couche suivit sa marche régulière, sans nouvel accident.

*Obs. II.* Une femme de trente ans, enceinte depuis six ou sept mois pour la cinquième fois, fut prise à la fin de décembre 1858 de frissons avec nausées, douleurs lancinantes du côté droit, surtout sous la mamelle, l'empêchant de tousser et de respirer ; chaleur sèche, intense ; pouls dur et fréquent ; céphalalgie frontale aiguë ; langue saburrale, soif. (Saignée du bras, laxatif léger, tisane pectorale et diète.)

Le lendemain, à huit heures du matin, même état.(Nouvelle saignée ) Les symptômes n'ayant en rien diminué dans l'après-midi, une troisième saignée du bras fut pratiquée.

Le troisième jour, à quatre heures du matin, l'accouchement eut lieu après quelques douleurs légères. Aussitôt la délivrance opérée, la douleur de côté diminua; bientôt elle ne fut plus perceptible que par des inspirations profondes ou de grands efforts de toux .La sueur de la peau remplaça la sécheresse, et la céphalalgie disparut. Cet état s'améliora encore dans l'après-midi; la. couche suivit une marche régulière, sans réapparition de l'affection thoracique. (*Siglo med.* et *Union méd.*, janvier 1860.)

**Polydipsie** *traitée avec succès par l'ergot de seigle.* Les bons effets de l'emploi du seigle ergoté contre la leucorrhée et les autres écoulements pathologiques de l'utérus, effets qu'il a eu lui-même l'occasion de constater un grand nombre de fois, ont engagé M. le docteur Tillard, médecin de la maison de convalescence de la Roche-Guyon, à l'essayer dans le traitement de la polydipsie. Il a été guidé par cette pensée que le mode d'action du seigle ergoté consistait à produire la contraction des fibres musculaires soumises à l'influence du système nerveux de la vie organique, contraction qui diminue l'afflux des liquides vers l'organe malade et par suite la cessation des écoulements morbides; il était présumable, par analogie, quo les reins subiraient le même mode d'influence et qu'il en résulterait une diminution dans l'excès de la sécrétion urinaire. Quoi qu'il en soit de cette idée théorique, l'essai a été suivi d'un résultat assez avantageux pour mériter l'attention.

Un jeune garçon de sept ans et demi a commencé à boire beaucoup, il y a deux ans. Quand il n'avait pas d'eau propre à sa disposition, il buvait celle qu'il trouvait dans les baquets de l'établissement. Entré à l'hôpital Sainte-Eugénie, il y a environ un an, il a été traité par la valériane à haute dose et par le quinquina pulvérisé. Après avoir obtenu une diminution assez sensible dans la sécrétion urinaire et dans la polydipsie, la médication n'avait pu empêcher une recrudescence, qui avait porté de 15 à 20 litres la quantité d'eau que cet enfant était obligé de boire chaque jour pour étancher sa soif. — Plusieurs autres moyens ayant été employés sans résultats, on cessa tout traitement, et au commencement de mars 1859, cet enfant fut envoyé à la maison de convalescence de la Roche-Guyon. On lui prescrivit une bonne alimentation et un peu de vin de quinquina, dans l'unique but de favoriser l'appétit et de donner du ton. Un mois après, l'état de l'enfant ne s'améliorant pas, M. Tillard, médecin de cet établissement, le soumit, à dater du 24 avril, au traitement suivant :

| | |
|---|---|
| Pr. Ergot de seigle pulvérisé.......... | 2 grammes. |
| Extrait thébaïque... | 5 centigr. |
| Miel blanc........ | 90 centigr. |

pour 12 pilules, à prendre 1 matin et soir. Le 27 avril, on augmenta d'une pilule ; le 7 mai, la dose fut élevée à 4 pilules et continuée ainsi jusqu'au 22 mai. Sous l'influence de ce nouveau traitement, la sécrétion de l'urine devint beaucoup moins abondante, et la polydipsie diminua rapidement. Au bout de huit jours, le petit malade ne buvait plus que 3 litres d'eau vineuse pendant la nuit, et quand la dose fut portée à 4 pilules, un seul pot fut suffisant. Le jour la diminution fut aussi très-sensible ; de 12 elle descendit rapidement à 6 litres, de 7 heures du matin à 9 heures du soir. Mais ce qu'il y eut de non moins remarquable, c'est qu'à dater du commencement de ce traitement, l'appétit augmenta très-rapidement et les forces avec lui. (*Rev. médicale*, décembre 1859.)

## VARIÉTÉS.

### ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

*Bras et avant-bras artificiels, modèle de M. J. Charrière* [1].

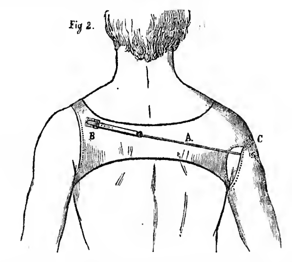
Pour la médecine pratique il n'est plus de maladies, mais seulement des malades ; il en est de même, et à plus forte raison, pour la prothèse. Si la con-

[1] Suite. — Voir la livraison précédente, p. 46.

struction des appareils repose sur certaines lois générales, identiques pour tous, ce sont surtout les détails qui assurent le succès; c'est en effet par leurs particularités mécaniques que les membres artificiels s'adaptent aux dispositions si diverses dans chaque mutilation. Ainsi, pour les bras, les indications sont de deux sortes : les unes sont tirées de la forme et de l'étendue des moignons; les autres, des usages auxquels on destine le membre artificiel. M. Roger nous en fournit un exemple frappant. Son amputation a eu lieu dans l'articulation du coude; par conséquent, il ne lui manque que l'avant-bras; et cependant il lui faut un bras complet. Jusqu'ici, les mutilés les plus exigeants se sont montrés satisfaits lorsque ces sortes d'appareils, après avoir celé leur difformité, leur permettaient d'écrire, de boire et de manger (ce que l'amputé de Van Peeterssen faisait, nous l'avons vu, et le rapport de M. Magendie le constate). Mais cela ne pouvait suffire à M. Roger; il lui fallait une plus grande étendue dans les mouvements de son bras artificiel. C'est pour ne point avoir tenu compte de ce point de vue tout spécial que des discussions se sont produites.

Nous n'avons pas à apprécier ici les prétentions des divers fabricants qui ont construit des modèles de bras pour M. Roger; d'ailleurs, d'autres se mettent à l'œuvre et nous fourniront l'occasion de revenir sur ce sujet. Pour le moment, nous devons nous borner à reproduire les communications adressées à nos académies. Voici la dernière lettre de M. J. Charrière :

« J'ai l'honneur de vous adresser, monsieur le Président, en vous priant de vouloir bien la communiquer à l'Académie, la description et la figure des deux bras artificiels que nous avons fabriqués pour M. Roger. Ces bras sont ceux dont le célèbre artiste s'est exclusivement servi dans la grande représentation de l'Opéra et dans plusieurs autres circonstances.




« A ces appareils prothétiques est ajoutée la corde de traction destinée à imprimer des mouvements à l'avant-bras, imaginée par M. Van Peeterssen; invention qu'il a revendiquée dans une lettre adressée à l'Académie de médecine dans la séance du 2 janvier, et qui se trouve représentée, dessinée d'après son

brevet [1]. Pour rendre l'explication plus intelligible, nous avons ajouté le même appareil vu par sa face postérieure (fig. 2).

« Ce bras est d'une grande simplicité et offre de l'intérêt au point de vue de la prothèse; mais, s'il a pu rendre des services signalés dans le cas tout exceptionnel où il a été appliqué, résultats qui sont dus d'ailleurs à la haute intelligence et à l'adresse tout exceptionnelle du grand artiste auquel il était destiné, il ne saurait être d'une application générale. En effet, chez la plupart des amputés, les bras de M. Van Peeterssen, et ceux à doigts à pression continue, tels que nous les fabriquons pour les administrations civiles et militaires, sur la demande de MM. les chirurgiens chefs de services, sont appelés à rendre plus de services usuels. Ce sont ces bras dont nous avons fait connaître la fabrication dans nos notices des Expositions de 1851 et 1855, p. 93 et 94 [2].

« Nous n'aurions peut-être pas encore occupé l'Académie des bras dont il s'agit, ni de ceux qui sont en voie d'exécution, sans les malentendus qui se sont glissés dans certains organes de la presse française et étrangère, qui ne tendaient à rien moins qu'à nous ôter toute participation dans la fabrication des bras de M. Roger.

« Nous ne voulons pas faire ici l'histoire de tous les bras artificiels qui ont été imaginés dans ces derniers temps; cependant, nous ne croyons pas devoir nous dispenser d'instruire l'Académie sur ce point, à savoir : que M. Béchard, un de nos plus habiles confrères, a bien voulu nous apprendre qu'il achève d'exécuter un bras entier ayant la rotation de l'avant-bras dans le mouvement de flexion et d'extension du coude, tout en faisant ouvrir les doigts à volonté; et que nous avons également en exécution un troisième bras avec lequel nous espérons remplir des conditions très-avantageuses. On en trouvera la description à la suite de nos deux premiers bras qui ont été appliqués.

« Les principales conditions que M. Roger désirait, et que nous nous sommes

---

[1] Nous avons publié cette figure dans notre dernier numéro, p. 47.

[2] Nous avons à signaler de grandes améliorations apportées dans l'exécution des bras et mains artificiels. Autrefois les articulations du coude et du poignet étaient en bois et simulaient à peu près la jonction de l'humérus avec le radius et le cubitus, ainsi que celle de ces derniers avec le carpe, mais tout cela était d'un poids et d'un aspect désespérant; nous les avons remplacées par de légères articulations en acier, que la ductilité du métal permet de rendre plus légères et plus solides.

Un système simple permet de limiter la flexion. Pour les doigts, il y avait à vaincre un vieux système, les ressorts cassaient trop souvent, et la phalange était séparée de la main. Nous y avons remédié en faisant tous les os de la main avec de l'acier, puis nous avons mis à chaque phalange des ressorts contracteurs spiraux en fil de cuivre et nous recouvrons le tout avec des phalanges en bois. Ces améliorations nous ont permis de conserver la forme des membres et ne nous ont pas fait perdre de vue le point essentiel, la légèreté jointe à la solidité. Des pièces s'adaptent instantanément à la place de la main artificielle, telles que fourchette, couteau, porte-plume, porte-brosse et rasoir, pince pour tenir un journal, cartes à jouer, etc.

Nous avons un avant-bras droit dont voici le mécanisme : il est articulé au coude, emboîte l'épaule et ne peut tourner à droite ni à gauche, ainsi que la main artificielle. Le bout du moignon est serré dans un manchon fixé solidement à une tige placée dans la main. A l'extrémité de cette tige sont fixés les contracteurs des doigts. En imprimant au moignon un mouvement de torsion de droite à gauche, la tige fait tirage sur les contracteurs, et les doigts, en se fermant, peuvent tenir un objet que le sujet peut lâcher à volonté en tournant son moignon de gauche à droite, car la tige repousse les contracteurs qui deviennent extenseurs et font redresser les doigts. Ainsi un invalide sur qui nous l'avons fait prenait une plume dans l'encrier et écrivait assez lisiblement.

efforcé de remplir, étaient : 1° la légèreté, et nous croyons être arrivé au but, car le dernier bras dont il se sert (fig 3) ne pèse, tout compris, avec la main en bois, que 350 grammes; 2° la souplesse, qui ne devait nuire en rien à sa solidité; 3° les mouvements de rotation de l'avant-bras à la partie supérieure, obtenus pour la première fois sans mécanisme ni ressorts (fig. 4), de manière à faire tourner facilement le membre dans diverses positions. Mais pour accomplir cette dernière condition, il fallait la grande habileté du jeu de l'artiste, qui ne laissait pas même voir laquelle des deux mains faisait agir l'autre. Ceci pourtant ne nous a pas empêché de faire fléchir ou étendre le poignet en même temps que le coude. Ces résultats s'obtiennent au moyen de deux cordes garnies de ressorts en spiraux, de deux forces différentes, dont un part de la charnière du coude, se fixant sur un levier. Ce mécanisme a été pour la première fois appliqué dans nos ateliers par M. Coutant, notre ancien coopérateur, qui en 1855 a reçu une médaille à l'Exposition universelle.

« Pour la pression continue des doigts, nous ajoutions des ressorts en spiraux ; mais M. Roger a, jusqu'à présent, préféré conserver la flexion à simple frottement, afin que les doigts fussent fixes au degré où il lui plaît de les mettre.

« M. Robert, fabricant d'objets en caoutchouc, a, sur la demande de M. Roger, établi un contre-moule de la main gauche pour faire un gant moulé et peint couleur chair. De notre côté, nous avons fait confectionner par M. Galante des gants de caoutchouc, à parois très-minces, qui se moulent sur les plus petites des articulations, et qui, avec la peinture du procédé de M. Robert, imitent parfaitement la nature. »

« *Description d'un des deux bras que nous avons fabriqués pour M. Roger.* — (Fig. 5.) Nous avons fixé cet appareil au moignon par un brassard lacé en L, réuni à l'avant-bras artificiel par deux charnières métalliques. (Nous pensons qu'il est avantageux que le sommet du brassard soit assemblé mollement à l'entournure de la légère embrasse (fig. 2) en C, à l'aide d'un lacet ou d'une boucle ; l'appareil serait alors moins exposé à descendre dans les mouvements étendus du bras. Cette disposition éviterait d'exercer une constriction considérable sur le moignon, surtout si celui-ci était conique, comme cela arrive fort souvent. Il en est d'ailleurs des bras comme de tous les autres membres artificiels, ils doivent être appropriés aux cas qui se présentent).

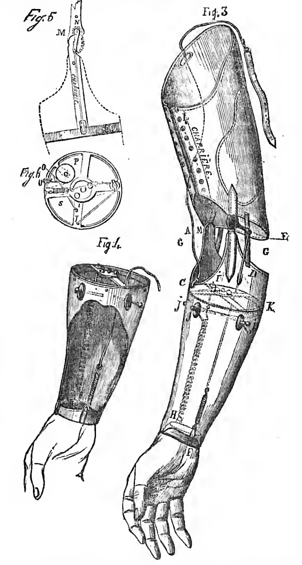
« L'avant-bras est en cuir préparé, terminé au poignet par deux charnières qui permettent la flexion de la main.

« La main est en bois, très-évidée, pour en diminuer le poids. Les phalanges qui doivent former les doigts sont en acier, et recouvertes en bois, assemblées par notre système à genouillères, et assez serrées pour rester dans toutes les positions qu'il convient de leur donner.

« Une corde à boyau A, fixée à l'avant-bras au point C, sert à attirer ce dernier, en prenant son point fixe sur le brassard, au niveau de l'épaule, du côté sain, d'après la méthode de M. Van Peeterssen. On fléchit alors le coude et le poignet en élevant le moignon. Le triangle que forme cette corde de traction avec le bras et l'avant-bras fléchi, sera évité, comme l'a fait M. Van Peeterssen, à l'aide d'une poulie de renvoi.

« Ce mouvement fera tirer sur une deuxième corde D, qui est fixée à l'excentrique E de la charnière du coude, l'extrémité de cette corde, munie d'un fort ressort en spirale, étant fixée dans la main au point F, la fera fléchir à l'articulation du poignet. Mais aussitôt que la traction ne se fait plus sur la corde fixée derrière l'épaule, l'avant-bras se redresse par la force de deux élas-

tiques GG placés derrière le coude. Le poignet se redresse en même temps que l'avant-bras par le tirage d'un ressort en spirale plus faible fixé en dehors de la main au point H et à l'avant-bras au point I.




« Les mouvements de pronation et de supination s'exécutent par l'une des saillies J placées à l'avant-bras, au-dessous de la jonction K des parties inférieures et supérieures de ce dernier. Les mouvements de rotation s'exécutent

facultativement en poussant avec la hanche ou avec l'autre main l'un des points saillants J.

« *Modification que nous proposons pour produire un double mouvement de pronation et de supination.* — L'excentrique M (fig. 5), par l'addition de l'engrenage N, peut faire un tour entier par la flexion complète de l'avant-bras.

« En suivant ce mouvement on verra que : 1° par la flexion, cette excentrique fait un demi-tour, tire sur la corde O, qui s'enroule sur la poulie P (fig 6), et a son point d'attache R sur le croisillon de la partie inférieure de l'avant-bras où est fixée la main, et qui, attirant celle-ci, produit le mouvement de supination à la moitié de la flexion possible de l'avant-bras. 2° Si on continue de fléchir l'avant-bras entièrement, l'excentrique continuera de tourner et redescendra à sa première position ; alors la corde se rallonge, le ressort en spirale S, dont le point d'attache est T, qui aura obéi à la traction du premier mouvement, se raccourcira et ramènera la main dans sa position première par le mouvement de pronation.

« Les mêmes mouvements de la main se produiront lorsque l'avant-bras se redressera.

« On peut, à l'aide de ce système, produire la flexion des doigts. »

J. Charrière.

Nous donnerons dans notre prochain numéro le modèle du bras de M. Mathieu.

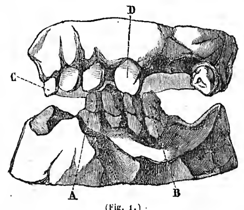
---

*Nouveau procédé de prothèse pour remédier à des mutilations de la bouche, par M. Préterre.*

Des diverses branches de prothèse, aucune n'a encore accompli des progrès aussi remarquables et aussi rapides que celle destinée à parer aux mutilations de la bouche. Ces progrès, l'art les doit à l'initiative et aux efforts d'un seul homme, M. Préterre. En attendant que nos loisirs nous permettent de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les ressources nombreuses que cet habile dentiste est venu offrir à la chirurgie, nous devons enregistrer chaque essai alors qu'il se produit. Les appareils ci-dessous ne nous paraissent pas des moins importants ; aussi M. Larrey n'a-t-il pas hésité à se charger de présenter à l'Académie, et la note de M. Préterre, et le soldat mutilé porteur de son appareil prothétique.

« Hassel (Benoît), sergent au 85e de ligne, reçut à Magenta une balle qui vint frapper la mâchoire inférieure au niveau de la symphyse du menton, broya les téguments, fractura le maxillaire inférieur, effleura la langue du même côté, brisa les deux arcades dentaires au côté droit, et après un trajet étonnant, mais merveilleusement heureux, vint faire issue sans autre désordre à la partie inférieure du côté droit de la région cervicale postérieure. Transporté à l'ambulance, où il reçut les premiers soins, Hassel fut évacué d'abord à Milan, puis à Gênes, et enfin à Toulon, où il guérit après l'extraction de plusieurs séquestres et une suppuration abondante et longue. Le délabrement, en effet, avait été considérable, et lorsqu'aujourd'hui on examine le sujet, voici dans quel état les parties se présentent. A l'extérieur, cicatrices profondes et tourmentées, siégeant à la commissure droite et à la portion intérieure de la région génienne du même côté. A gauche, aplatissement considérable de la portion inférieure de la région génienne ; aplatissement et déviation vers la droite de la saillie du menton. Le maxillaire supérieur du côté droit a perdu

toute l'arcade dentaire, et l'on ne compte en haut que cinq dents : la dent de sagesse gauche, la canine gauche, deux incisives médianes et l'incisive latérale droite. Le maxillaire inférieur ne porte que quatre dents : les deux petites molaires, la canine et l'incisive latérale gauche. Si les désordres se bornaient à ces pertes de dents, le sujet n'offrirait qu'un intérêt ordinaire, mais il existe à la fois une pseudarthrose au voisinage de la symphyse, à ce niveau une perte de substance considérable, et conséquemment une déviation très-fâcheuse des deux branches du maxillaire. En effet, les quatre dents inférieures (fig. 1, B), dont nous avons parlé, sont reportées à un centimètre et demi en arrière de l'arcade dentaire supérieure, C, D, et toute mastication est devenue impossible. Depuis sa blessure, Hassel ne s'était nourri que de potages, de pain trempé et de viande hachée.



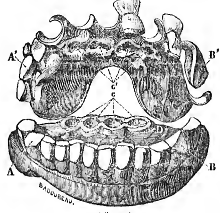

(Fig. 1.)

« La difficulté de l'appareil à construire n'était donc pas dans le nombre des dents à remplacer, mais dans la mobilité exsessive des fragments, auxquels il fallait bien donner quelque fixité.

« J'ai d'abord construit pour Hassel un appareil semblable à ceux qui m'ont servi en maintes occasions à réparer les désordres causés par des résections, nécroses ou pertes de substance de la mâchoire inférieure. Ces appareils consistent, comme on sait, en une arcade artificielle qui double extérieurement l'arcade déviée et s'articule avec les dents supérieures. Mais dès les premiers essais, je vis que la mobilité des fragments du maxillaire inférieur était telle, que tout effort de mastication resterait infructueux : les arcades supérieure et inférieure se rencontraient inexactement, l'arcade inférieure s'appliquant tantôt trop en dedans, tantôt trop en dehors. J'ai donc recouru à un expédient que je crois nouveau en prothèse dentaire, et qui, vu le succès présent, me semble devoir promettre d'utiles applications. L'appareil supérieur (fig. 2), destiné au remplacement des dents absentes, porte de chaque côté deux coins, A', B', qui vont à frottement doux glisser sur deux plans inclinés, A, B, taillés obliquement sur les faces externes des molaires inférieures de la pièce artificielle.

« Dès que les mâchoires approchent du contact, les coins s'engagent sur les plans inclinés et glissent sur cette pente, jusqu'à ce que, les arcades s'étant unies, la mastication s'opère. Cet expédient simple m'a tiré d'un grand embar-

ras. Ainsi conçu, l'appareil est facile à exécuter, bien supporté par le malade, et donne tous les résultats désirables. Grâce à lui, Hassel, aujourd'hui, mange et mâche comme tout le monde, il parle distinctement, et la difformité extérieure dont il a été question plus haut est sensiblement atténuée.




(Fig. 2.)

« Comme perfectionnement propre au cas particulier dont il s'agit aujourd'hui, je noterai que, pour tirer le meilleur parti possible de la situation des choses, j'ai fait articuler les quatre dents inférieures subsistantes avec la plaque de l'appareil supérieur. Leurs couronnes c sont reçues dans des empreintes c', et le malade mâche de cette façon sur sa voûte palatine.

« Enfin, comme détail de procédé, je dirai qu'il importe que les deux coins A',B' n'aient pas la même longueur : la mâchoire inférieure pourrait se suspendre sur leurs extrémités, placées au même niveau, et rester suspendue, sans profit pour la mastication. Grâce à la longueur inégale des deux coins, dès que l'extrémité du premier coin touche à son plan incliné, la mâchoire inférieure est conduite à l'extrémité du second, et la mastication s'opère. » A. Préterre.

---

Par arrêtés en date du 31 décembre 1859, M. Denucé, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire du même enseignement, en remplacement de M. Chaumet, décédé. — M. Azam, professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, est nommé professeur adjoint de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Denucé. — M. Dupuy, chirurgien en chef de l'hôpital de Bordeaux, est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, en remplacement de M. Azam.

---

En vertu de divers décrets, sont appelés à entrer en activité de service près la Faculté de médecine de Montpellier, à partir du 1er janvier 1860 jusqu'au 1er novembre 1868, les agrégés stagiaires dont les noms suivent : 2e *section*, M. Moitessier; — 3e *section*, MM. Guénier, Pécholier et Cavalier; — 4e *section*, M. Saurel.

Sont maintenus dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Stras-

bourg, jusqu'au 1er novembre 1862, les agrégés en activité de service dont les noms suivent : 1re *section*, M. Kirschleger ; — 2e *section*, M. Strohl ; — 3e *section*, MM. Arohnssohn et Hirtz ; — 4e *section*, MM. Bach et Held.

Sont appelés à entrer en activité de service près la Faculté de médecine de Strasbourg, à partir du 1er janvier 1860 jusqu'au 1er novembre 1868, les agrégés stagiaires dont les noms suivent : 1re *section*, M. Morel ; — 2e *section*, M. Hecht ; — 3e *section*, M. Bœckel.

---

M. le docteur Monod, chirurgien de la Maison municipale de santé, vient de donner sa démission, motivée sur l'affaiblissement de sa vue. Notre honorable confrère laissera dans l'administration et parmi ses collègues tous les regrets que peuvent inspirer les qualités les plus distinguées de l'intelligence et du cœur.

---

M. Robiquet, docteur ès sciences physiques, pharmacien de première classe et agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie, est nommé professeur adjoint de physique à ladite Ecole.

---

Sont maintenus en activité de service d'agrégation, jusqu'au 1er novembre 1860, près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris : MM. Figuier, Lutz, Soubeiran et Reveil.

---

M. Wannebroucq a été nommé professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine de Lille.

---

La préfecture d'Alger vient de publier l'avis suivant : En raison des vacances qui peuvent se produire d'un moment à l'autre dans les circonscriptions médicales de colonisation instituées en Algérie, il paraît utile de rappeler succinctement les conditions à remplir par les candidats qui postulent des emplois dans ce service, et les avantages que l'administration leur offre en échange. Les conditions exigées se réduisent à deux : 1° production d'un diplôme de docteur délivré par une Faculté de France ; 2° certificat de moralité. Les avantages sont : 1° traitement annuel de 2,000 francs ; 2° indemnité de cheval de 500 francs ; 3° indemnité de logement de 300 francs, quand la population agglomérée du lieu de résidence ne s'élève pas à 2,000 âmes, les indigènes non compris. Toutes les demandes doivent être adressées au préfet d'Alger.

---

Un hôpital, destiné aux malheureux atteints d'épilepsie et de paralysie, vient d'être créé à Londres ; M. Brown-Séquard en est nommé l'un des médecins. Tous les hommes qui apprécient l'honorabilité du caractère, le dévouement à la science poussé jusqu'à la plus entière abnégation personnelle, la modestie unie au talent le plus ingénieux et à l'érudition la plus vaste, applaudiront à ce choix, tardive récompense de toute une vie de travail. M. Brown-Séquard continuera la publication de son important *Journal de physiologie*, mais nous n'en regrettons pas moins avec M. L. Fleury que la France n'ait point su s'attacher par des liens durables un savant et un expérimentateur de la valeur de M. Brown-Séquard.

---

*Distribution des prix de l'Académie de médecine de Belgique.* — L'Académie avait mis au concours pour 1857, 1858 et 1859 cinq questions.

Un seul mémoire a été envoyé sur la première question, relative aux maladies des ouvriers houilleurs, et s'il n'a pas été jugé digne du prix, la Compagnie, sur la proposition de ses commissaires, en a voté l'impression dans ses Mémoires et a accordé à son auteur, M. le docteur Martin Schoenfeld, de Charleroi, une récompense de cinq cents francs.

La question relative aux progrès de la chirurgie, et celle concernant la valeur réelle des opiums et des quinquinas jaunes, n'ont également obtenu chacune qu'une seule réponse. Les prix n'ont pas été décernés, les concurrents n'ayant point donné une solution satisfaisante du sujet qu'ils avaient entrepris de traiter.

Dans sa séance du 30 octobre 1858, l'Académie avait décidé que deux prix consistant, chacun, en une médaille d'or de 400 francs, seraient décernés, en 1859, aux auteurs des deux mémoires, l'un sur la pathologie interne et l'autre sur l'hygiène publique, que la Compagnie aurait jugés dignes d'obtenir ces récompenses. Les sujets étaient laissés au choix des concurrents.

Trois mémoires ont été admis à concourir pour le prix de pathologie interne. Le premier avait pour titre : *Aperçu sur l'épidémie de grippe en 1857 et considérations sur cette maladie.* Le second était intitulé : *Mémoire sur l'expectoration polypiforme*, et le troisième traitait de la rougeole observée à Paris en 1857.

L'Académie a regretté de ne pouvoir décerner le prix, aucun de ces trois mémoires ne renfermant des idées neuves, soit sur l'étiologie, soit sur la nature ou le traitement des affections morbides dont ils font l'objet.

Les questions proposées pour 1860 et 1861 sont les suivantes :

*Première question.* — « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères du royaume. »

En maintenant cette question au concours, l'Académie a décidé que l'auteur du mémoire qui sera couronné recevra, indépendamment d'une médaille d'or de 600 francs, la somme de 1600 francs que les Commissions administratives des caisses de prévoyance des ouvriers mineurs des bassins de Mons et de Charleroi ont mise, à cet effet, à la disposition de la Compagnie.

Le terme de rigueur pour la rentrée des mémoires en réponse à cette question est fixé au 1er avril 1860.

*Deuxième question.* — « Discuter la valeur des diverses méthodes thérapeutiques relatives au choléra asiatique. »

Prix : Une médaille d'or de 800 francs.

*Troisième question.* — « Déterminer la nature et l'étiologie des états morbides considérés dans le cheval sous le nom vague d'*influenza*; faire ressortir les rapports qu'ils peuvent avoir avec les affections typhoïdes de l'homme, et exposer les médications qui leur sont le mieux appropriées. »

Prix : Une médaille d'or de 1000 francs.

*Quatrième question.* — « Faire une appréciation raisonnée des services que les médecins belges ont rendus à la médecine et aux branches d'études qui s'y rapportent, la vétérinaire exceptée, pendant les seizième, dix-septième et dix-huitième siècles.

Prix : Une médaille d'or de 1000 francs.

*Cinquième question.* — « Déterminer, par de nouvelles expériences sur les mammifères, les rapports qui existent entre l'oxygène absorbé par les poumons et l'acide carbonique exhalé par la peau ; préciser l'influence exercée sur cet échange gazeux par le repos, le mouvement, la température et l'alimentation. »

Prix : Une médaille d'or de 1500 francs.

*Sixième question.* — « Exposer l'état actuel de la science, quant aux maladies du système nerveux, chez le cheval, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic différentiel de ces affections. »

Prix : Une médaille d'or de 800 francs.

Les mémoires en réponse à la deuxième et à la troisième question devront être adressés au secrétariat de l'Académie avant le 1er juillet 1860, et ceux relatifs aux trois autres questions avant le 1er juillet 1861.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### De l'alimentation comme moyen curatif dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Par M. le docteur MONNERET, médecin de l'hôpital Necker, agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

En présence des accidents adynamiques et du profond collapsus dans lequel tombent presque toutes les fonctions dans la fièvre typhoïde, on a peine à comprendre que la médication débilitante ait compté autant de partisans. Il faut que la doctrine de l'irritation exerce encore, même à leur insu, une influence bien grande sur l'esprit d'un grand nombre de praticiens. Ils redoutent, sinon d'augmenter l'inflammation dont il leur serait difficile de prouver l'existence, du moins d'accroître la fièvre, c'est-à-dire d'accélérer la circulation et d'élever la température du corps; ils craignent sans doute aussi d'apporter un trouble plus grand dans les fonctions d'innervation et dans la motilité. Nous sommes déjà bien loin de l'époque où nos prédécesseurs, qui connaissaient parfaitement la fièvre typhoïde, quoique sous d'autres dénominations, prodiguaient sans s'émouvoir tous les toniques et les excitants que Broussais a qualifiés plus tard d'incendiaires. Qu'on ouvre au hasard les ouvrages des pyrétologistes de la fin du dernier siècle, ceux du trop systématique Dehaen exceptés, et l'on verra que l'émétique, les purgatifs, remplacés plus tard par les vins généreux, les alcoolats, les aromatiques, les diffusibles, formaient la base de la thérapeutique des fièvres. La réprobation dont la doctrine de l'irritation les avait frappés a longtemps effrayé les praticiens. Ce n'est qu'à la longue qu'ils ont osé en faire usage, des toniques d'abord, d'une manière timide, et en choisissant ceux qui n'exercent qu'une action corroborante. Plus tard, ils ont repris tous les médicaments qui avaient obtenu une vogue légitime dans le siècle précédent, et l'on peut affimer que la médication la plus généralement acceptée en France aujourd'hui consiste dans l'administration des vomi-purgatifs au début, et, plus tard, des toniques, des excitants, et qu'elle ne diffère pas beaucoup de celle qui était usitée avant l'apparition de la doctrine physiologique. Il faut bien croire qu'un tel traitement est approprié à la nature du mal et qu'il a amené entre les mains des praticiens de nombreuses guérisons, puisqu'ils y sont revenus sans cesse, malgré les fluctuations que les systèmes et le temps ont amenées dans la thérapeutique. Toutefois, on a rarement

songé à y faire entrer comme agent principal de traitement les substances alimentaires. Beaucoup de médecins ont nourri leurs malades de bonne heure ; dans plusieurs contrées, notamment en Angleterre, on administre pendant toute la durée de l'affection du bouillon de bœuf ; mais il y a loin de ces tentatives plus ou moins incomplètes à un emploi méthodique, réglé et constant des substances alimentaires dans le traitement de la fièvre typhoïde, depuis son début jusqu'à sa terminaison. Les succès nombreux que nous avons obtenus depuis dix années, en suivant cette méthode, nous permettent d'affirmer qu'elle est appelée à rendre les plus grands services, soit qu'elle donne à l'organisme la force nécessaire pour résister aux atteintes du mal, soit qu'elle favorise l'action des toniques et des autres médicaments qu'on est conduit à administrer. Nous avons voulu attendre la sanction d'une longue expérience, afin de ne pas tomber dans une erreur fréquemment commise par ceux qui essayent et préconisent une médication nouvelle, sans pouvoir l'étayer d'un grand nombre de faits. Nous avons recueilli plus de six cents observations de fièvre typhoïde très-grave ou de moyenne intensité. Nous avons eu soin d'en écarter les fièvres gastriques simples, les bilieuses rémittentes et les synoques. C'est avec ces documents que nous allons retracer les règles qui doivent guider le praticien chaque fois qu'il voudra recourir à ce traitement. Il a été déjà exposé dans plusieurs articles de journaux ; mais comme plusieurs d'entre eux sont incomplets et même entachés d'erreur, nous nous sommes décidé à en faire le sujet d'un travail spécial. Disons d'abord par quelle série d'idées physiologiques et pathologiques nous avons été conduit à braver le préjugé trop général qui condamne la plupart des malades à mourir d'inanition, sinon de maladie.

Il ne nous sera pas difficile de prouver que, dans la fièvre typhoïde, la nutrition, c'est-à-dire le mouvement d'assimilation, est, plus que tous les autres actes physiologiques, suspendu, ou tout au moins frappé d'adynamie profonde. Pour ne citer d'abord que le fait le plus saillant, nous rappellerons qu'une fois que la turgescence fébrile des deux ou trois premiers jours est tombée, on aperçoit un amaigrissement considérable de tout le corps. En peu de temps le poids du malade diminue de trente à quarante livres. On ne saurait s'imaginer avec quelle promptitude la déperdition de substance a lieu, si l'on n'a pas fait plusieurs pesées successives. Tous les symptômes observés dans les formes graves de la fièvre typhoïde révèlent l'altération de la nutrition. Le tissu cellu-

laire adipeux est résorbé, les muscles s'atrophient, quelquefois même se paralysent; l'ulcération, le ramollissement, la gangrène se montrent dans un grand nombre de tissus. Les sécrétions, et spécialement la biliaire et la rénale, s'altèrent. Enfin, les capillaires généraux sont le siége fréquent de congestions, d'hémorrhagies qui témoignent d'une altération des solides. Il est inutile d'insister plus longuement sur une série de phénomènes que tout le monde connaît et a observés un grand nombre de fois. On sait que, dans la forme ataxo-adynamique, il s'opère souvent, en quelques jours, une altération si profonde de la nutrition que le malade n'est plus reconnaissable.

Avant d'aller plus loin, cherchons à découvrir la nature de la cause de cette altération de la nutrition. Faut-il la faire dériver d'un état chloro-anémique ou d'une défibrination du sang? La première de ces lésions ne donne jamais naissance à des phénomènes ataxo-adynamiques. Quant à la diminution de la fibrine, elle est nulle ou trop peu marquée pour rendre compte des accidents. D'ailleurs, dans le scorbut le plus intense, où existe une diminution notable de la fibrine, il se développe de tout autres accidents que dans la fièvre typhoïde. Ainsi donc, il faut s'en prendre à une autre cause qu'à l'altération du sang qui, d'ailleurs, est déjà l'effet de la maladie, ainsi que tant d'autres phénomènes typhoïdes. L'inanition, c'est-à-dire la suspension ou la diminution du travail d'assimilation, joue un rôle essentiel dans la production de ces accidents. On ne peut expliquer autrement la perte rapide du poids du corps, l'ulcération et le développement si commun des gangrènes, l'émaciation, enfin les hémorrhagies et la diminution de la fibrine et des globules dans les cas les plus graves. Cette lésion typhoïde se retrouve également dans la maladie causée par la privation d'aliments. Qu'on jette les yeux sur la description donnée par les médecins belges, qui ont eu de trop fréquentes occasions d'étudier la maladie des Flandres, et l'on sera frappé de la ressemblance extrême qu'offrent ces deux maladies. Les expériences faites par M. Chossat, sur les animaux, reproduisent également les symptômes ataxo-adynamiques observés chez les malheureux qui meurent d'inanition. La prostration extrême, la stupeur, l'hébétude, la somnolence, le subdélirium, les soubresauts de tendon, l'état pulvérulent des narines, la chassie oculaire, les fuliginosités, l'épistaxis, la fétidité des humeurs sécrétées et excrétées, le météorisme, la diarrhée, les hémorrhagies, les ulcérations, les escarres, en un mot, tous les accidents de la fièvre typhoïde, se retrouvent dans l'inanition. Est-ce à dire, pour cela, que nous consi-

dérons ces deux maladies comme identiques ? En aucune manière ; nous voulons seulement montrer qu'une partie essentielle des accidents les plus graves de la fièvre typhoïde provient de l'altération qu'a subie l'assimilation dans tous les tissus.

On néglige trop aujourd'hui l'étude des maladies générales qui tiennent aux troubles de la nutrition ; cependant, le rôle que ceux-ci jouent dans un grand nombre de maladies ne saurait être passé sous silence. Dans le choléra-morbus, dans quelques maladies des nouveau-nés, l'inanition est la cause de la plupart des phénomènes morbides observés ; tantôt le mouvement d'absorption est nul, et alors toutes les substances portées sur les membranes du rapport passent sans pénétrer dans la circulation ; tantôt cette pénétration a lieu, mais l'élaboration et l'assimilation sont incomplètes, ou remplacées par un mouvement de décomposition. On sait que, dans le choléra, l'absorption est suspendue à ce point que les poisons les plus violents, même lorsqu'ils sont introduits dans le tissu cellulaire, ne peuvent plus produire d'effet ; nous pensons qu'il en est de même, quoiqu'à un bien moindre degré, dans un grand nombre de maladies caractérisées par l'altération de la nutrition. La fièvre typhoïde est une maladie de ce genre : l'absorption se fait mal, incomplétement. On n'a pas remarqué suffisamment que chez un grand nombre de typhiques l'absorption est à son minimum, et que souvent les médicaments les plus actifs, les narcotiques, par exemple, restent sans action. Il faut donc s'attacher surtout à réveiller l'irritabilité par les stimulants normaux de l'organisme, c'est-à-dire à l'aide de boissons et d'aliments, d'une aération un peu vive, et de substances stimulantes et toniques. En agissant ainsi, on ne fait que mettre l'organisme en état de résister à la cause inconnue de l'affection ; on soutient l'état dynamique, et l'on permet aux actes physico-chimiques de la nutrition de continuer, avec une certaine intensité, jusqu'au moment où ils s'effectuent d'une manière normale. Suivre une autre thérapeutique serait contraire aux lois de la saine physiologie, et on ne saurait trop repousser la médication débilitante et surtout la diète, les émissions de sang, qui ne font qu'augmenter l'épuisement par défaut de matériaux réparateurs. Qu'on lise les observations rapportées par les médecins qui portent à l'extrême cette méthode de traitement, et l'on sera frappé de la fréquence et de la gravité des gangrènes, des hémorrhagies, de l'intensité et de la durée des phénomènes ataxo-adynamiques, de la longueur des convalescences, et surtout du nombre, de la fréquence, de la gravité des complications intercur-

rentes, et enfin du chiffre élevé de la mortalité. Les sujets ainsi traités ont des convalescences interminables et plus dangereuses que la maladie même. Ils tombent dans un état chloro-anémique, que nous n'avons jamais observé sur les malades traités par notre méthode.

Un de ses grands avantages est de rendre excessivement rares les complications et les gangrènes, de raccourcir les convalescences au point que les malades les plus gravement affectés sortent, en moyenne, dans les trente jours, et peuvent se remettre immédiatement au travail. Il en est à plus forte raison de même de ceux qui n'ont qu'une fièvre typhoïde de moyenne intensité : ceux-là n'ont aucune convalescence. En donnant ainsi des aliments aux malades, nous les mettons à même de combattre, avec le plus de chances de succès, la maladie, et l'accomplissement, quoique très-incomplet, des fonctions de nutrition contre-balance d'une façon heureuse les progrès de la maladie. C'est tout ce que nous pouvons faire ; car, suivant nous, le médecin ne guérit pas la fièvre typhoïde ; il ne possède aucun médicament, aucune médication qui puisse l'enrayer ; il n'a rien de mieux à faire qu'à soutenir les forces et à entretenir la nutrition. Il est vrai que la maladie n'en continue pas moins sa marche naturelle, mais alors d'une manière plus bénigne et plus courte ; au contraire, ceux qui emploient une médication perturbatrice ou débilitante agissent dans le même sens que la maladie même et travaillent à la destruction du malade. On ne saurait donc repousser trop fortement toute méthode qui tend à affaiblir la nutrition, ni trop approuver celle qui consiste à mêler aux toniques médicamenteux les modificateurs naturels, tels que les boissons nutritives et les aliments. Entrons à ce sujet dans quelques détails.

Aujourd'hui, on est à peu près d'accord sur la multiplicité des états morbides qui se manifestent dans la fièvre typhoïde, et sur la nécessité de les combattre à l'aide de médicaments divers. Aussi tous les bons praticiens se rencontrent-ils sur ce terrain. Il n'y a que les systématiques qui se montrent réfractaires à la libre interprétation des faits. Tout le monde admet que le début de l'affection est marqué par un état saburral et gastrique, que l'on traite avantageusement, dès les premiers jours, par un ou plusieurs éméto-cathartiques ; que les altérations sécrétoires du foie et de la membrane muqueuse gastro-intestinale sont modifiées heureusement par les purgatifs plusieurs fois administrés ; que les toniques trouvent leur emploi dans la forme ataxo-adynamique, le quinquina et ses diverses préparations dans le même cas, ainsi que dans les formes

rémittentes et les congestions spléniques. Voilà un certain nombre d'indications thérapeutiques sur lesquelles on est à peu près d'accord, et qui servent de base au traitement de la fièvre typhoïde; mais on remarquera qu'on ne fait ainsi que le traitement des divers états organo-pathiques et non celui de la fièvre typhoïde. Nous avons dit qu'il n'existe pas, en réalité, de traitement de cette affection. Tout ce qu'ont écrit les systématiques sur ce sujet doit être relégué dans le champ des hypothèses,; tous se trompent: l'un, en combattant la phlogose intestinale; l'autre, la putridité et la saleté des premières voies; l'un, en s'adressant à l'altération du sang; l'autre, en prétendant agir sur le système nerveux cérébro-spinal, etc. Ce que nous pouvons faire de mieux, une fois que les indications principales ont été remplies, c'est d'observer la nature et la marche des accidents, afin de les diriger et d'en atténuer la violence. On y parvient en soutenant les forces générales, c'est-à-dire l'ensemble des actes dynamiques et chimico-physiques qui se passent dans les capillaires sanguins et lymphatiques, et président au mouvement interstitiel au moyen duquel s'effectue la nutrition. Nous ne connaissons pas de médicament qui aille mieux et plus sûrement à ce but que les substances alimentaires liquides et solides. Elles sont préférables à toute espèce de médicament, parce qu'elles ne peuvent jamais exercer une action nuisible sur les fonctions, parce qu'elles sont plus faciles à assimiler et, dès lors, plus aptes que tout autre modificateur à réveiller l'irritabilité de tous les tissus. Qu'on nous cite un agent qui mette plus vite et plus sûrement en jeu l'irritabilité, la sensibilité et la motilité que le bouillon et le vin, surtout chez un grand nombre de malades épuisés par la misère, par une dépense trop considérable des forces, par une alimentation insuffisante ou par une aération misérable. Nous le demandons à tous les médecins qui exercent dans les hôpitaux ou qui ont de fréquentes occasions de donner des soins aux pauvres : n'ont-ils pas été frappés, comme nous, de l'utilité incontestable des corroborants, et en particulier du vin et des aliments, dans un très-grand nombre de maladies ?

Lorsqu'un malade atteint d'une fièvre typhoïde grave ou bénigne est placé dans une de nos salles, nous le soumettons, le premier jour, à l'action de l'émétique administré à dose vomitive, et nous y revenons quelquefois le second jour, lorsque les évacuations produites par le vomissement n'ont pas été assez abondantes. Le second, le troisième et le quatrième sont consacrés à l'emploi de l'eau de Sedlitz. Pendant ce temps, nous commençons à faire prendre au malade 3

ou 4 litres de limonade froide, glacée même, à laquelle on ajoute 25 ou 50 centilitres de bon vin, par litre ; on accorde de plus deux ou trois grandes tasses de bouillon chaud ou froid, suivant qu'il est mieux digéré à l'un ou à l'autre de ces états. En outre, la plupart des grands malades reçoivent de 100 à 150 grammes de vin de quinquina, ce qui porte à 1/2 litre et souvent à 1 litre la quantité de vin que le malade boit dans les vingt-quatre heures, dès le début et pendant tout le cours de son affection. Si l'on ajoute l'usage quotidien de 60 à 70 centigrammes de sulfate de quinine, de quelques verres d'eau de Sedlitz chaque fois que les selles deviennent rares et le météorisme un peu marqué, de cataplasmes glacés lorsque le cas est très-grave, on aura une idée complète du traitement simple et méthodique que nous appliquons à la fièvre typhoïde. Quant au traitement des complications, il ne diffère pas de celui qui est généralement adopté par tous les médecins ; nous ferons seulement remarquer que, excepté les phénomènes de congestion bronchique, ces complications sont rares, particulièrement celles qui peuvent surgir du côté de l'intestin, telles que les hémorrhagies, les perforations, les entéro-colites.

Nous ne nous bornons pas à nourrir les malades avec le vin et le bouillon ; de très-bonne heure, vers le huitième ou dixième jour, nous leur donnons des potages et des soupes, trois ou quatre fois par jour, tout en continuant le vin de quinquina et souvent de Bagnols à la dose de 100 et 200 grammes.

Cherchons maintenant à faire connaître la manière de surmonter les difficultés qui se présentent dans quelques cas, et étudions les effets qui suivent la médication qui nous a rendu de si grands services.

Il ne faut pas se dissimuler que le médecin le moins prévenu éprouve d'abord quelque répugnance à faire boire du vin et du bouillon à un malade qui a la bouche mauvaise, la langue sale, la diarrhée, la fièvre et du délire ; mais si l'on veut y réfléchir, on ne tarde pas à se convaincre qu'il n'existe aucune contre-indication à l'emploi des substances alimentaires. Sans qu'ils s'en rendent compte, les médecins qui tiennent leur malade à une diète sévère, lorsqu'il existe de la fièvre, sont encore sous le coup de la doctrine de l'irritation. Ils voient l'inflammation là où elle n'existe pas ; ils craignent de la faire naître ou de l'accroître ; et le moindre mouvement fébrile leur semble une contre-indication formelle à l'alimentation. C'est ainsi qu'ils laissent périr désarmés et sans résistance des malheureux qu'ils pourraient guérir à l'aide de quelques aliments. La

fièvre, quoi qu'on en ait dit, ne doit pas empêcher de soutenir les forces. Produite, comme les autres phénomènes ataxo-adynamiques, par une grave perturbation du système nerveux, elle est avantageusement modifiée par les toniques et les excitants les plus énergiques, qui n'ont pas effrayé les pyrétologistes du dernier siècle. Depuis quand, d'ailleurs, la fièvre empêche-t-elle de donner des aliments aux malades? Est-ce qu'on ne prolonge pas l'existence des phthisiques minés par la fièvre, en les nourrissant jusqu'à la période ultime? Est-ce qu'on ne met pas les malheureux consumés par une lésion viscérale organique en état de résister longtemps, grâce à une alimentation soutenue? Les chirurgiens ont appris, quoique un peu tard et aux dépens de leurs malades, que la diète est souvent pernicieuse après les grandes opérations; un grand nombre de complications de tous genres viennent assaillir, compromettre l'existence, si l'on ne se hâte de réparer les forces au moyen de bouillon, de potage et de vin, et même d'aliments plus substantiels encore?

Il nous semble qu'il est du devoir d'un bon observateur de tenir compte des sensations des malades et de savoir en tirer parti lorsqu'elles fournissent quelques données utiles à la thérapeutique; or, si l'on demande aux sujets atteints de fièvre typhoïde, qui conservent leur intelligence, s'ils ont faim, ils répondent affirmativement et sont très-explicites sur ce point. Nous savons bien que Broussais et son école ont fait de belles tirades sur la fausse sensation de la faim et sur le préjugé vulgaire qui porte l'homme à demander à manger lors même qu'il n'en a pas besoin; ce que nous pouvons affirmer, c'est que la plus grande partie des typhiques sentent le besoin de manger, et que ceux qui sont tombés dans un tel état d'ataxo-adynamie, qu'ils ne peuvent plus rendre compte des sensations qu'ils éprouvent, boivent avec grand plaisir et digèrent facilement le bouillon et le vin. Pourquoi donc le médecin n'obéirait-il pas à l'instinct qui porte le sujet à manger, et qui est, à tout prendre, un guide bien autrement sûr que toutes les idées systématiques que l'on s'est faites de la fièvre typhoïde. Ces idées ont varié singulièrement: l'instinct n'a pas subi les mêmes variations. Il a toujours continué à avertir les malades qu'ils ont besoin de manger; c'est au médecin à en tenir compte et à diriger en conséquence l'alimentation. Chez quelques sujets les vomitifs et les purgatifs administrés au début dissipent les symptômes d'embarras gastriques si communs à cette époque de la maladie, et alors l'appétit, nul d'abord, reparaît et persiste ensuite jusqu'à la fin. L'intégrité de l'estomac, dans la presque totalité des cas, permet aussi de comprendre pourquoi la

digestion est à peine troublée. Les médecins frappés de ce fait essentiel auraient dû le mettre à profit, surtout en voyant l'estomac si bien disposé à recevoir impunément les teintures alcooliques, l'acétate d'ammoniaque, le quinquina, les huiles essentielles, etc. Ils auraient même dû en conclure que ces médicaments seraient remplacés avec plus d'avantage par des aliments liquides et même solides. Les malades supportent aisément le bouillon de bœuf un peu fort, à la dose d'un litre à un litre et demi, le vin à la dose de 50 centilitres à 1 litre 1/2. Nous ne connaissons pas de meilleure manière de nourrir les typhiques que de leur donner le vin mêlé à la limonade; il est rare qu'ils ne digèrent pas le vin soit pur, soit coupé avec de la limonade. On peut, dans ces cas, essayer avec succès la limonade glacée. D'autres malades vomissent le bouillon, tandis que le vin pur ou coupé passe bien. Il est facile, à l'aide de quelques tâtonnements, de découvrir ces différences, que l'on ne peut expliquer que par une disposition spéciale. Dans tous les cas, après plusieurs jours, il est rare que l'estomac ne s'habitue pas au contact de ces aliments. Nous avons rencontré cependant quelques sujets chez lesquels le vin, le bouillon et même le potage essayés successivement, n'étaient pas acceptés par le ventricule; des aliments solides pris en petite quantité les remplaçaient avantageusement. Le café réussit généralement moins bien; toutefois, associé au vin et au bouillon, il rend de grands services dans la forme adynamique. Nous signalons ces particularités au praticien, afin de lui apprendre à les vaincre; mais il les rencontrera rarement, et il verra presque tous les malades supporter aisément et dès les premiers jours les substances alibiles que nous avons indiquées. Elles n'empêchent pas l'administration des médicaments ni des purgatifs en particulier.

On ne comprend pas qu'on puisse refuser des aliments aux malades, lorsque la sensation de la faim est réelle, et quand, interrogés avec le plus grand soin par un médecin qui ne se laisse pas tromper, ils déclarent qu'ils ont de l'appétit. D'ailleurs, toutes les craintes inspirées soit par les idées systématiques que nous puisons dans de mauvaises doctrines médicales, soit par une interprétation vicieuse des symptômes, tombent devant l'observation impartiale qui nous montre les malades en proie à la fièvre digérant très-bien le bouillon, le vin et des potages. Il y a plus, la diarrhée, le gargouillement, le météorisme, loin d'augmenter, diminuent partiellement. On conçoit que l'alimentation puisse être sans inconvénient chez des malades dont l'estomac et la plus grande partie de l'intestin grêle, dans les-

quels s'opèrent la chymification et la chylification, sont exempts de toute altération de texture sinon de fonction. Nous avons vu chez des malades atteints de ces fièvres ataxo-adynamiques, à marche rapide et violente, que rien ne peut arrêter et qui tuent souvent en moins d'un septénaire, le vin et le bouillon, donnés en quantité suffisante, causer beaucoup de plaisir aux malades et passer aussi bien sinon mieux que les boissons médicamenteuses. Un principe qui, suivant nous, doit dominer toute la thérapeutique, surtout quand nous ignorons plus ou moins complétement la nature et le siége de la maladie, comme dans la fièvre typhoïde, veut que nous administrions au moins des médicaments qui ne nuisent pas, ou qui soient aussi semblables que possible aux modificateurs naturels qui produisent dans l'état physiologique les effets que nous cherchons à obtenir dans l'état morbide : l'adynamie est ce que nous nous efforçons de combattre et de détruire. Or, qu'avons-nous de mieux à faire, sinon de donner, en place de toutes nos substances médicamenteuses, stimulantes, des matières alibiles de facile digestion, telles que le vin, le bouillon et le café ? Ces matières n'iront-elles pas, en pénétrant dans les voies ordinaires de la digestion, déterminer partout l'irritation physiologique plus sûrement que ne peuvent le faire des médicaments dont la composition chimique et les effets sont entièrement différents. Nous avons toujours vu chez nos malades les aliments produire une modification favorable, excepté dans les cas graves dont nous avons parlé, dans lesquels les aliments traversent les organes sans y exciter la moindre irritation physiologique.

Les médicaments même les plus énergiques, les plus incendiaires, comme disaient les partisans de la doctrine de l'irritation, ne déterminent pas des effets aussi appréciables que les aliments. Il semble que l'irritabilité et l'absorption sont anéanties ou réduites à leur minimum. Ce fait a été constaté dans les cas graves de fièvre typhoïde, comme du reste dans le choléra asiatique, la fièvre puerpérale et d'autres maladies. Nous croyons que, même dans ces cas funestes, si quelque agent pouvait réussir à mettre en jeu l'irritabilité, ce serait encore les aliments. Il faut, pour comprendre toute l'influence qu'ils peuvent exercer dans la fièvre typhoïde, avoir observé des malades soumis à l'alimentation. Outre la satisfaction extrême qu'elle leur procure, elle ramène des sécrétions buccales, l'humidité de la langue, diminue la soif et dissipe les signes d'ataxo-adynamie ; mais ce dernier effet se montre plus lentement que les autres signes d'amélioration. Cependant, la convalescence s'établit

plus franchement et plus vite; et ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est qu'elle est très-courte et nullement entravée par des complications fâcheuses.

Nous avons remarqué que, d'abord, pendant le premier septénaire, les aliments ne font que s'opposer à l'adynamie et neutraliser l'action incessante de la maladie; puis, une fois que le travail d'assimilation est plus régulier, plus actif, la nutrition entraînée sur cette pente se fait avec une intensité telle, que l'amélioration se manifeste par les symptômes les plus évidents : l'intelligence est plus ferme; le sommeil plus long, plus paisible, plus réparateur; la peau, moins sèche, commence à s'humecter; les selles deviennent plus régulières, l'urine plus abondante; les forces surtout reviennent.

Quand on soumet le malade à des pesées successives, on trouve que la nutrition doit se faire très-activement, car l'augmentation en poids est très-rapide. Le dernier malade que nous avons pesé avait acquis, dans les vingt derniers jours, 2kil,500. Jusque-là, l'alimentation n'avait fait que diminuer, mais non arrêter la perte en poids. C'est là tout ce qu'on peut obtenir dans les fièvres typhoïdes graves, les seules dont nous parlons en ce moment. On peut prendre une idée assez exacte de la rapidité avec laquelle la nutrition s'altère, en songeant qu'un malade peut perdre, depuis le commencement de l'affection jusqu'au moment où la déperdition a cessé, c'est-à-dire en vingt-neuf jours, 18kil,500. D'autres nous ont offert des exemples d'amaigrissement plus considérable encore. Nous pourrions rapporter un assez grand nombre d'exemples de ce genre. Nous devons en faire le sujet d'un travail spécial; nous rappellerons seulement ici que la meilleure manière de juger de la gravité d'une affection aiguë, c'est de savoir combien le malade a perdu de son poids normal. Nous sommes convaincu qu'au delà d'une certaine perte minimum, la vie ne peut plus continuer, et que les difficultés et les dangers de certaines convalescences sont en proportion de la quantité de poids perdu. Aussi nous n'hésitons pas à frapper de réprobation la diète, les émissions de sang, les évacuations alvines excessives, en un mot toute médication qui a pour but de soustraire à l'organisme une grande quantité de matériaux de nutrition, sans pourvoir à leur remplacement. Cette médication mauvaise est plus préjudiciable encore dans la fièvre typhoïde que dans toute autre maladie.

Depuis que nous avons adopté le mode de traitement dont nous venons de parler, nous observons très-rarement des escarres au sacrum,

plus rarement encore des gangrènes soit externes, soit internes, ou ces graves complications de broncho-pneumonies hémorrhagiques et par hypostase, qui sont toujours le résultat de l'intensité même de l'adyna-mie et surtout de l'inanition à laquelle on soumet les pauvres malades, lorsqu'en outre on ne leur fait pas perdre de leur propre substance, en leur retirant du sang par la saignée et les sangsues. Il n'existe pas de cause plus fréquente, plus certaine de mortification, de ramollissement et d'ulcération. Ce traitement s'oppose aussi, d'une manière efficace, à la production des hémorrhagies soit intestinales, soit nasales; ou, du moins, il les rend moins graves et moins rebelles aux autres moyens de curation. Il n'est pas douteux non plus que les perforations intestinales, les accidents cérébraux, tels que le coma, le délire, les convulsions sont plus rares et moins intenses chez les malades qu'on nourrit que chez ceux qu'on astreint à une diète sévère, et chez lesquels tous les tissus s'amincissent et deviennent moins résistants par le fait de l'inanition. Nous ne saurions trop insister sur ces points fondamentaux du traitement de la fièvre typhoïde. Ils méritent toute l'attention des praticiens, et nous avons l'entière conviction qu'en s'y conformant, ils obtiendront des succès qu'il n'est pas permis d'espérer au moyen de toute autre médication.

Un moyen puissant d'aider l'action des substances alimentaires est l'emploi des boissons glacées et acidules. Le froid tonifie fortement l'estomac et l'intestin ; il y excite les sécrétions muqueuses et bilieuses, les contractions péristaltiques; il s'oppose à la formation des gaz et en amène l'expulsion. Nous nous servons de cet agent pendant les cinq ou huit premiers jours, d'une manière continue ou intermittente. Il nous a paru nécessaire de n'administrer les réfrigérants chaque jour que pendant plusieurs heures, afin de laisser aux organes abdominaux le temps de réagir. Une fois cet effet obtenu, on a de nouveau recours à la limonade vineuse glacée ou à du café froid mêlé à une certaine quantité d'eau sucrée. Des applications de cataplasmes glacés sur le ventre concourent à rendre cette médication plus active. Du reste, dans aucun cas, excepté lorsqu'il existe une complication broncho-pulmonaire, nous n'administrons les boissons chaudes; elles sont toujours froides ou à la température ordinaire.

Nous ajouterons, en terminant, que l'emploi quotidien du sulfate de quinine, à la dose de 50 à 60 centigrammes, donné pendant huit à dix jours durant la période ataxo-adynamique grave, nous a paru concourir heureusement à la guérison des malades. Soit que

nous administrions ce médicament, soit que nous nous en abstenions, nous avons l'habitude de faire prendre 50 et même 100 grammes de vin de quinquina avant ou après le bouillon. Quelquefois il est vomi et remplacé avec avantage par du vin ordinaire ou du bouillon.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Remarques sur quelques accidents fébriles et phlegmasiques qui accompagnent les maladies des organes urinaires.

Par M. Civiale.

Je me suis proposé d'étudier quelques phénomènes morbides graves qu'on observe dans les maladies des voies urinaires, et surtout pendant leur traitement. Ces phénomènes se rattachent à deux catégories de faits. Dans la première, la maladie est générale; l'élément morbide reste disséminé dans l'économie, et l'on ne saurait toujours dire quel est l'organe le plus particulièrement attaqué : c'est la fièvre. Dans la seconde catégorie, les phénomènes débutent aussi par un accès fébrile; mais tout aussitôt le mal se circonscrit, le travail morbide se localise, la fièvre change de caractère, et l'on se trouve en présence de phlegmasies spéciales dans les articulations ou les masses musculaires, et quelquefois dans les organes intérieurs.

Je désigne, sous le nom de *fièvre urétro-vésicale*, un groupe de symptômes avec des caractères propres, dont la marche, la durée, l'intensité et la terminaison diffèrent d'après des circonstances qui seront indiquées.

Cette fièvre se déclare souvent à la suite des opérations chirurgicales; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle existe pendant la maladie, et alors elle est modifiée, exaspérée par le traitement, d'où résulte la fièvre que j'appelle *mixte*, et qui mérite surtout de fixer l'attention des praticiens.

*Fièvre qui accompagne les maladies de l'appareil urinaire.* — Dès 1823, en étudiant l'action des calculs urinaires sur l'économie, je reconnus chez un très-grand nombre de malades un état fébrile, tantôt temporaire, avec des exacerbations revenant par accès, et tantôt permanent, à type plus ou moins continu.

Dans le premier cas, les parois vésicales sont hypertrophiées, et les accès de fièvre d'autant plus rapprochés et plus opiniâtres, que

la vessie, excitée par la présence du calcul, se contracte avec plus de force.

Dans le second, il y a inertie de la vessie, et l'urine n'est jamais expulsée complétement. Ce qui doit surtout fixer l'attention, c'est que, sans éprouver à un haut degré les accidents et les douleurs propres aux calculeux, ces malades sont travaillés, minés en quelque sorte par une fièvre continue, plus ou moins irrégulière, accompagnée de douleurs sourdes dans les régions lombaire et pubienne, et d'un grand malaise général avec trouble de toutes les fonctions.

Je remarquai aussi, dès le début de mon exercice, que la fièvre urétro-vésicale n'existe pas seulement chez les calculeux, qu'on l'observe dans la plupart des maladies des voies urinaires; et lorsque celles-ci ont acquis un grand développement, la fièvre prend la forme adynamique et entraîne promptement la mort.

On trouve quelquefois des lésions organiques qui rendent compte des phénomènes; mais, le plus souvent, on ne découvre à l'autopsie aucune cause matérielle; quoi qu'il en soit, le séjour prolongé et plus ou moins forcé de l'urine dans son réservoir, et la lutte qui s'établit, à chaque miction, entre la vessie qui se contracte péniblement et les obstacles à la sortie de l'urine, me paraissent être les causes principales des désordres.

*Fièvre survenant à la suite des opérations pratiquées dans l'urètre ou la vessie.* — Tout homme, dans l'urètre ou la vessie duquel on introduit, pour la première fois, un instrument quelconque afin d'explorer cet organe, d'évacuer l'urine, éprouve une sensation de brûlure et même une douleur vive, qui peuvent être suivies d'une réaction fébrile; et l'on a présenté cet accident comme une conséquence naturelle et presque inévitable de l'opération. Cette hypothèse, trop généralement admise, a eu pour effet d'arrêter les recherches sur les causes et la nature de la fièvre, de restreindre les ressources de la thérapeutique et de réduire la question si importante et si complexe de cette maladie à ces trois termes : opération, fièvre et quinine.

Il est regrettable qu'en exprimant des opinions trop exclusives les auteurs aient perdu de vue ce qui se passe en réalité dans la pratique de tous les jours, pour ne s'attacher qu'à certains cas plus ou moins mal déterminés, que le hasard fait rencontrer. Qu'on prenne pour base le traitement des coarctations urétrales, l'emploi des injections dans la vessie, et surtout l'application de la lithotritie, on aura des milliers de faits pratiques dans lesquels les opérations chirurgicales auront été sans accidents, tandis qu'on n'en trouvera

qu'un petit nombre qui aient été suivis des phénomènes graves dont on veut à tout prix faire une dépendance constante de l'opération. Trop préoccupés des effets de la manœuvre, ces auteurs paraissent ne tenir compte ni des prédispositions individuelles, ni des phlegmasies, ni de la fièvre préexistante, ni même de la maladie pour laquelle l'opération est faite.

Cependant, tous les praticiens savent aujourd'hui : 1° que beaucoup de fiévreux n'ont pas été opérés; 2° que lorsqu'une opération a été pratiquée, la fièvre consécutive apparait surtout à la suite de l'introduction de la première bougie, du premier cathétérisme, de la première application de la lithotritie; les mêmes opérations répétées plus tard, avec les mêmes instruments manœuvrés de la même manière, chez les mêmes malades, dans des circonstances semblables, sont très-rarement suivies de la fièvre; 3° que la même opération est suivie d'accidents fébriles très-dissemblables, dans la lithotritie, par exemple, suivant que la vessie est frappée d'inertie ou qu'elle se contracte avec force; 4° que la même opération est ou n'est pas suivie de fièvre, suivant qu'elle a été pratiquée d'emblée ou à la suite d'un traitement préparatoire, que le chirurgien a procédé avec régularité et ménagement, ou irrégulièrement et avec violence, que le contact de l'instrument avec les surfaces muqueuses a été plus ou moins prolongé.

On a présenté, comme très-sérieux, un argument tiré de mes propres observations, et sur lequel je dois m'arrêter : j'ai dit que les manœuvres opératoires les plus prolongées et les plus douloureuses, produisant la plus grande perturbation dans l'économie, sont celles qui déterminent le plus souvent la fièvre et la plus forte fièvre. Ce fait, que tous les chirurgiens ont été à même d'observer, et qui a pour lui le raisonnement et l'expérience, a été interprété inexactement lorsqu'on l'a donné comme une preuve que la fièvre est la conséquence exclusive de l'opération. Il prouve seulement que l'état fébrile, provenant de toute autre cause et développé à l'occasion de la manœuvre, peut acquérir, lorsque celle-ci est irrégulière, une intensité et une gravité qu'il n'aurait pas dans toute autre circonstance.

Au lieu de s'arrêter à des agents mécaniques et de ne voir que l'action irritante et provocatrice des instruments du chirurgien dans la production de la fièvre, on doit en chercher ailleurs les causes réelles et effectives. C'est dans le malade lui-même, dans l'état de ses organes et les désordres produits par les maladies antérieures, celle surtout pour laquelle on réclame l'intervention de l'art, qu'on

les découvre généralement. Cette étude, à laquelle j'ai consacré beaucoup de temps et de soins, est difficile sans doute ; mais ce n'est pas une raison pour ne pas l'entreprendre. Les résultats que j'ai obtenus me paraissent propres à encourager ce genre de recherche ; et, dans l'état actuel de la pratique, je ne connais pas d'autre route à suivre. Sous le double rapport du diagnostic et du traitement, je rappellerai diverses questions que le praticien ne doit pas négliger. Il ne s'agit pas ici, comme quelques chirurgiens le pensent, d'une fièvre unique qui peut être traitée d'une seule manière : cet état morbide présente, au contraire, des différences essentielles relativement au point de départ, aux causes, aux complications, etc.

La fièvre provient tantôt de l'urètre et tantôt de la vessie ; et, suivant qu'elle est urétrale ou vésicale, elle se présente avec des caractères différents. La première est rare chez les malades qui n'ont pas subi d'opération, tandis que la seconde se manifeste très-fréquemment et avec des symptômes très-divers.

Après l'opération, la première est fréquente ; ses caractères sont variés et quelquefois très-alarmants ; la seconde est plus rare, et elle le serait encore davantage si l'on parvenait à soustraire l'urètre à l'action des manœuvres exécutées dans la vessie.

Deux ordres de causes concourent à produire la fièvre : suivant qu'elles sont internes ou externes et qu'il y a prédominance d'action des unes ou des autres, les symptômes et le traitement diffèrent beaucoup.

Au point de vue de la gravité de la maladie, j'ai distingué trois catégories de cas : simples, compliqués et exceptionnels.

1° Dans les premiers, le malade soumis à l'opération est sans fièvre, du moins appréciable. La lésion pour laquelle on réclame l'action du chirurgien est locale, circonscrite, parfaitement déterminée. S'il survient une réaction fébrile, consécutive à l'opération, elle est faible et ne dure pas : c'est la fièvre d'accès ; sa marche est régulière, sa durée et sa terminaison varient à peine. Dans ces cas, qui sont les plus communs, le traitement se réduit à des précautions tendant à favoriser la transpiration, et il réussit presque toujours. C'est la nature qui fait à elle seule tous les frais du traitement. Ce point de pratique est parfaitement établi.

2° Dans les cas de fièvre mixte, tout est différent : il s'est opéré dans l'économie, avant le traitement, un travail morbide dont on ne parvient pas toujours à constater la nature, à suivre la marche et le développement, mais qui se manifeste par un trouble de toutes les fonctions. L'opération à laquelle le malade va être soumis exas-

père l'état fébrile préexistant, et l'on voit bientôt survenir la fréquence et l'irrégularité du pouls, la sécheresse de la bouche, les nausées, l'abattement, la faiblesse, l'anxiété, l'adynamie et la mort. Au lieu de la succession à peu près régulière et constante qu'on observe chez les malades de la première série, en ce qui concerne le frisson, la chaleur et la sueur, tantôt le frisson manque, tantôt il est irrégulier, partiel, intermittent, entrecoupé par des bouffées de chaleur; quelquefois, il se prolonge beaucoup et s'accompagne d'un état de malaise, d'inquiétude, d'abattement. La chaleur qui suit est sèche, brûlante, incommode; quelques malades la supportent mal.

La sueur, qui forme le complément de l'accès, diffère aussi notablement. Ce n'est plus une transpiration franche, chaude, abondante, qui allége et soulage le malade; ce sont, le plus souvent, de petites sueurs partielles, irrégulières, froides plutôt que chaudes, qui le fatiguent et l'accablent. On doit conclure de là que l'élément morbide préexistant à l'opération conserve le dessus, ou qu'il y a des complications. La plus fréquente de toutes et l'une des plus graves, c'est l'inertie de la vessie.

3° Chez quelques malades, le chirurgien ne découvre pas d'abord de complications à la maladie pour laquelle il est appelé; mais il constate que, depuis longtemps, l'expulsion de l'urine est lente et incomplète.

Tant qu'on ne touche pas à ces individus et qu'il n'y a rien de changé dans leurs habitudes, ils ne paraissent pas gravement attaqués; mais au moindre changement d'état, et surtout à la suite d'une opération dans l'urètre ou la vessie, se manifestent les phénomènes les plus inquiétants, à marche rapide, et se terminant presque toujours par la mort.

Dès le début de mon exercice, les malades de cette classe attirèrent toute mon attention, et le 16 février 1829 je présentai à l'Académie des sciences les résultats de mes premières recherches (1).

Mes observations ultérieures, en grand nombre, prouvent combien ces cas sont graves. Mais j'ai acquis aussi la preuve qu'on réussit souvent à écarter le danger par des moyens que j'ai fait connaître et qui réussissent d'autant mieux qu'il y a rarement urgence d'opérer immédiatement, le chirurgien conservant ainsi la possibilité de régler et d'appliquer les ressources de la thérapeutique. Il importe surtout de ne pas recourir à l'opération avant d'avoir combattu avec succès l'état morbide préexistant, et déterminé, par des expériences

(1) Journal hebdomadaire de médecine, 28 mars 1829.

directes, le degré de la sensibilité et le mode de la vitalité anormales des surfaces sur lesquelles l'instrument doit agir.

Je ferai remarquer, en terminant, qu'après avoir combattu les premiers accidents consécutifs à l'opération, la fièvre persiste quelquefois, ou revient accidentellement. Le praticien ne saurait apporter trop de soin à la recherche des causes qui entretiennent cet état morbide; il les trouve presque toujours dans la manière dont la vessie se débarrasse de l'urine. J'ai souvent réussi dans ces cas à assurer la marche de la convalescence par des soins propres à régulariser les fonctions de la vessie.

Dans ces circonstances souvent embarrassantes on doit se rappeler :

1° Que l'inertie de la vessie peut être primitive ou consécutive. Dans la première série de cas, les parois du viscère ont toujours été molles, flasques, minces, décolorées; on dirait qu'elles ont subi un arrêt de développement. Le malade a toujours mal uriné: enfant, il pissait au lit; vieillard, il lutte contre le catarrhe vésical et l'incontinence d'urine. Ces cas sont les plus faciles à reconnaître : il suffit d'étudier avec quelque soin la manière dont la miction s'exécute habituellement pour se mettre à l'abri de l'erreur.

2° L'inertie de la vessie se montre quelquefois accidentellement, et à une époque plus ou moins avancée de la vie; elle peut même succéder à une contractilité exagérée du viscère : quelquefois alors elle se manifeste subitement et cesse de même; mais en général elle s'établit d'une manière lente et graduée et elle persiste.

Je ne saurais reproduire, même sous forme de résumé, les faits nombreux dont j'ai publié les détails, constatant qu'il s'opère fréquemment une sorte d'atrophie musculaire des parois vésicales, par suite de laquelle l'organe perd progressivement la faculté de chasser l'urine, alors même que celle-ci est accumulée en quantité suffisante pour écarter ses parois et provoquer leur contractilité, comme cela a lieu ordinairement.

Mes premières observations passèrent inaperçues; à mesure qu'elles se multiplièrent, quelques chirurgiens voulurent bien les remarquer, mais ce fut surtout pour en contester la valeur. Espérons que des effets analogues, constatés depuis peu de temps dans les masses musculaires des membres, contribueront à appeler l'attention des observateurs non prévenus sur ce qu'on appelle aujourd'hui *paralysie musculaire atrophique*, qui est plus fréquente qu'on a paru le penser, en présentant ce fait comme une découverte.

Ainsi la fièvre urétro-vésicale, dont on avait négligé l'étude

jusque dans ces derniers temps, constitue un état qui mérite à tous égards de fixer l'attention des praticiens.

Cette fièvre attribuée aux opérations de la chirurgie est inhérente à la plupart des maladies des voies urinaires ; mais elle est exaspérée par toute manœuvre effectuée dans l'urètre ou la vessie ; et elle se présente alors avec des caractères plus ou moins inquiétants.

Dans les cas simples, le chirurgien, en possession d'une bonne méthode de traitement, réussit souvent à prévenir la fièvre ; ou si elle paraît, elle cesse d'elle-même.

Dans les cas compliqués, la fièvre préexistante, exaspérée, transformée par la manœuvre, constitue une maladie d'autant plus grave qu'étant presque toujours méconnue au début, elle s'est placée au-dessus des ressources de la thérapeutique, lorsqu'on est appelé à la combattre. Cependant, au moyen des précautions et par les procédés que j'ai exposés, l'on peut intervenir utilement dans un grand nombre de circonstances.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

**Influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénique. — Conséquences thérapiques et toxicologiques.**

Les médecins qui comptent un certain nombre d'années de pratique ont eu de nombreuses occasions d'observer que les pommades sont une des formes pharmaceutiques les moins propres à obtenir tous les bons effets topiques des alcalis végétaux, et ont été conduits à expérimenter les solutions aqueuses ou alcooliques de ces substances. Pour qui a mis en œuvre les deux formes, le choix n'est pas douteux. Voyez comme preuve les formules recommandées par le docteur Chrestien, dans son *Traité sur la méthode iatraliptique.* Pour nous, qui possédons depuis longtemps cette notion : que la présence des corps gras nuit à l'absorption, parce que ces corps s'opposent à la solubilité des alcalis végétaux, nous avons engagé notre collaborateur M. Deschamps à publier ses formules de saponés. Le principe sur lequel s'appuie notre collaborateur a été contesté par M. Thompson. Aux preuves fournies par M. Deschamps, à celles qui existent dans la science, nous en ajoutons une nouvelle que M. Blondot vient d'adresser à l'Académie des sciences. L'habile chimiste n'en a tiré de conséquences qu'au point de vue de la toxicologie ; nous les étendrons à la thérapeutique. Ce

qui est un avantage dans l'une est un grave inconvénient dans l'autre. En médecine pratique, il faut toujours avoir présent à l'esprit l'axiome : *Corpora non agunt nisi soluta ;* or, les corps gras ayant pour propriété d'empêcher la solubilité d'un certain nombre d'agents médicamenteux, il importe de se graver ceux-ci dans la mémoire, afin d'éloigner l'huile et l'axonge des formes pharmaceutiques mises en œuvre pour l'administration de ceux-là, c'est-à-dire les alcalis végétaux et l'acide arsenieux.

Voici la communication de M. Blondot :

« Le fait remarquable sur lequel je désire appeler l'attention des toxicologistes est la propriété que possèdent les corps gras de mettre obstacle à la solubilité de l'acide arsenieux, soit dans l'eau simple, soit dans ce liquide rendu légèrement acide ou, au contraire, légèrement alcalin. Un grand nombre d'expériences m'ont, en effet, démontré qu'il suffit que l'acide arsenieux à l'état concret ait eu le moindre contact avec un corps gras pour que sa solubilité dans ces différents menstrues soit réduite à 1/15 ou à 1/20 de ce qu'elle serait, toutes choses égales d'ailleurs, sans l'intervention du principe adipeux : ce dont il est facile de s'assurer, en dosant la proportion d'arsenic dissoute, à l'aide de l'empois et de la teinture d'iode. Comme il suffit d'une trace de graisse quelconque pour produire cet effet, et que les acides, pas plus que les bases énergiques, n'y mettent point d'obstacle, il est évident qu'il n'y a dans ce cas aucune combinaison chimique entre l'acide arsenieux et le corps gras, et que dès lors celui-ci ne saurait intervenir que mécaniquement, en imbibant l'acide arsenieux de manière à le soustraire à l'action du liquide aqueux qui devait le dissoudre.

« Ce fait, si simple en lui-même, est susceptible de nombreuses applications à la toxicologie. Il explique d'abord comment il s'est fait que, dans les expertises chimico-légales, on a quelquefois cherché vainement l'arsenic dans la portion liquide d'aliments qui en renfermaient, quand ceux-ci étaient plus ou moins graisseux, tels que le bouillon, le lait, etc. Il donne aussi la raison pour laquelle de l'acide arsenieux ingéré en poudre, s'il vient à rencontrer dans l'estomac des corps gras qui retardent sa dissolution, a pu rester fort longtemps avant de produire des accidents toxiques ; ce qui pourrait, dans certains cas, égarer les investigations de la justice. C'est même de cette façon qu'on peut se rendre compte d'un fait très-significatif rapporté par Morgagni : c'est que, de son temps, il n'était pas rare de voir des bateleurs avaler impunément des pincées d'acide arsenieux ; parce que, dit-il, ils avaient eu la précaution

d'ingérer auparavant du lait et des corps gras, qu'ils rendaient ensuite par le vomissement, quand le public s'était retiré.

« Enfin, ces expériences démontrent le parti que l'on peut tirer, dans ce genre d'empoisonnement, de l'administration des corps gras, notamment du lait, qui n'ont pas seulement l'avantage d'agir comme émollients, ainsi qu'on le croit généralement, mais qui sont de véritables antidotes capables de retarder considérablement la dissolution, et, par suite, l'absorption de l'acide arsenieux, qui, ainsi que cela arrive souvent, pourrait encore rester à l'état concret. »

---

**Composition et mode de préparation de l'urate de quinine. — Formules.**

On a essayé par des expériences déjà nombreuses d'établir la prééminence de l'urate de quinine sur le sulfate de quinine pour combattre certaines fièvres intermittentes rebelles et diverses autres affections périodiques (voir au *Répertoire*, p. 137). Quoique la question soit loin d'être tranchée pour nous, nous n'en reproduisons pas moins le mode de préparation de ce nouveau sel et la manière dont on l'obtient.

L'urate de quinine résulte de la combinaison en poids de 10 parties de quinine brute pour 20 parties d'acide urique pur cristallisé. On introduit dans une cornue, pouvant aller sur le feu, 500 grammes d'eau distillée. Quand l'eau est en ébullition, on y ajoute la quinine brute du commerce : on laisse bouillir pendant dix minutes; on introduit alors l'acide urique pur cristallisé, additionné à doses fractionnées, en ayant le soin d'agiter le mélange à l'aide d'une spatule; on tient cette préparation en ébullition pendant une heure. Au fur et à mesure, on a soin d'ajouter la quantité équivalente d'eau distillée pour maintenir le niveau du mélange; alors on filtre et on décante la préparation; puis on reprend le marc avec une nouvelle quantité d'eau distillée (égale à la première). On fait bouillir de nouveau pendant vingt minutes, on passe au même filtre, on réunit les colatures, et on évapore jusqu'à parfait dessèchement à un feu doux.

On obtient ainsi un sel d'une belle couleur jaune, parfois amorphe, plus souvent cristallisé en paillettes fort brillantes. L'urate de quinine est distillé bouillant ou seulement chaud : il se dissout encore, quoique moins facilement, dans l'eau distillée froide.

M. Péraire, l'inventeur de cette nouvelle préparation, a eu le soin de varier les formules de l'urate de quinine, et de lui donner des

formes médicamenteuses adaptées aux véhicules les plus usités.
Voici les principales formules :

*Pilules.*

| | |
|---|---|
| Urate de quinine | Q. S. |
| Poudre de réglisse | Q. S. |

F. S. A. des pilules de 5 à 16 centigrammes.

*Potion.*

| | |
|---|---|
| Pr. Eau légèrement gommée | 100 grammes. |
| Urate de quinine | 30 centigrammes. |
| Sirop d'orgeat | 30 grammes. |

*Alcoolé.*

| | |
|---|---|
| Pr. Alcool | 4 grammes. |
| Urate de quinine | 60 centigrammes. |
| Teinture d'anis | 4 gouttes. |

10 gouttes par jour, sur du sucre.

*Vin.*

| | |
|---|---|
| Pr. Vin blanc de Grave | 125 grammes. |
| Urate de quinine | 1 gramme. |

*Pastilles.*

| | |
|---|---|
| Pr. Beurre de cacao | Q. S. |
| Sucre de lait | Q. S. |
| Urate de quinine | Q. S. |
| Essence de menthe | Q. S. |

---

**Décomposition de l'eau par le fer en présence de l'acide carbonique. — Préparation de l'eau gazeuse ferrugineuse.**

M. Suzeau vient de publier dans le Journal de Pharmacie une note intéressante sur la décomposition de l'eau par le fer et le zinc. Nous reproduisons la partie qui a trait aux réactions fournies par le premier métal, le seul qui serve à la préparation d'une eau gazeuse fréquemment mise en usage par la pratique courante. Voici cette note.

Lorsqu'on vient à plonger des lames de fer décapées dans une dissolution d'acide carbonique préparée à la température d'environ 10 degrés, et sous la pression normale, on voit se former de petites bulles qui grossissent peu à peu et se dégagent lentement. Si, au préalable, on enroule ces lames d'un fil de platine, le phénomène est beaucoup plus apparent et l'expérience marche plus vite. En laissant le contact se prolonger jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus

sensiblement de bulles, on finit par obtenir une liqueur douée d'une saveur atramentaire marquée et qui jouit de toutes les propriétés d'une dissolution d'un protosel de fer. Si l'on chauffe cette liqueur, elle se trouble d'abord, devient lactescente, puis ocracée, et enfin, lorsqu'elle arrive à l'ébullition, elle change subitement de couleur et passe au brun foncé. En retirant du feu, il se dépose une matière de même couleur. Séparée par le filtre et séchée à l'air, cette matière se dissout dans l'acide hydrochlorique, et la solution est un mélange de protochlorure et de perchlorure de fer. Si l'on plonge un barreau de fer aimanté dans cette matière brune, elle y adhère. En chauffant la dissolution de carbonate de fer, il se forme donc un oxyde de fer magnétique.

Maintenant la préparation de l'eau gazeuse ferrugineuse devient fort simple: que l'on introduise 100 grammes de clous d'épingle, dits *pointes de Paris*, dans l'appareil de Briet, et qu'on dispose celui-ci comme si on voulait préparer de l'eau gazeuse, avec cette différence que l'appareil est abandonné pendant quarante-huit heures à la cave.

Au bout de ce temps on obtient une liqueur de tout point comparable à la première; elle n'en diffère que par l'excès d'acide carbonique qu'elle renferme. Son arrière-goût est sensiblement atramentaire et ne constitue pas une liqueur proprement dite désagréable à boire.

Reçue dans des flacons exactement remplis et bouchés en verre, elle peut se conserver quelques semaines à la cave, sans éprouver d'altération profonde.

Deux expériences ont été faites pour déterminer la quantité de carbonate de fer. Pour atteindre ce but, on a fait passer un courant de chlore, afin de doser le fer à l'état de peroxyde ; et d'après le poids de l'oxyde, on a calculé ce qu'il représentait de protocarbonate de fer.

100 grammes de liqueur ont donné exactement dans les deux cas un poids de peroxyde de fer correspondant à 38 milligrammes de carbonate.

On comprend tout de suite que si un contact de quarante-huit heures donne une solution qui contienne 38 milligrammes de carbonate par 100 grammes, il sera facile, selon les circonstances, d'augmenter ou de diminuer cette quantité, en prolongeant ou en diminuant le temps de contact.

Supposons que le verre à boire, dans le cas présent, pèse 150 grammes : le malade ingérera donc 57 milligrammes de carbonate, et comme on en prend habituellement deux verres par jour, il en ingérera ainsi 114 milligrammes.

Je fais ce calcul pour établir un jalon qui puisse servir de point

de départ au médecin. L'appareil de Briet est devenu d'un usage si répandu, que l'on pourra, dans un grand nombre de cas, préparer l'eau gazeuse ferrugineuse à domicile et administrer au malade le véritable carbonate de fer.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Coup d'œil sur le traitement de l'hématocèle rétro-utérine.**

Dans l'état actuel de la science, la question du traitement de l'hématocèle rétro-utérine est loin d'être envisagée de même par les pathologistes. Les opinions sont nombreuses, et comptent chacune des partisans. Il m'a paru utile, en présence de cette divergence, de chercher à élucider ce sujet et de développer, avec de nouveaux matériaux, la méthode thérapeutique que j'avais déjà proposée dans ma dissertation inaugurale, et que j'expose avec plus de détails dans l'ouvrage que je vais publier sous le titre : *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin.*

Deux modes de traitement ont été employés jusqu'à ce jour : l'un du ressort de la chirurgie, ou méthode évacuatrice, et consistant en une ponction ou une incision, ou les deux réunies ; l'autre, thérapeutique médicale, et principalement expectante. La première méthode a été la seule employée dans les premiers temps où l'on s'est occupé de cette affection. M. Nélaton l'a tout d'abord appliquée exclusivement à tous les cas d'hématocèle rétro-utérine. La deuxième méthode est, pour ainsi dire, un résultat de l'emploi de la première : quelques exemples d'infection putride suivie de mort ont fait abandonner à M. Nélaton une généralisation trop absolue du principe de l'intervention chirurgicale, et, dès 1851, le savant professeur la restreignait à certains cas bien déterminés. Examinons maintenant chacune de ces méthodes et les circonstances dans lesquelles on les a employées.

1° *Traitement chirurgical.* — La violence des douleurs, le développement de la tumeur, la crainte de la rupture des adhérences qui enkystent la tumeur, et de l'écoulement du liquide dans la partie du péritoine restée saine jusqu'alors, sont, pour M. Nélaton, les seules contre-indications au traitement médical. La malade a résisté une première fois à un épanchement de sang dans le péritoine ; mais résistera-t-elle à l'épanchement d'un liquide tel que

celui qui est contenu dans les hématocèles ? Dans les cas où la tumeur semble augmenter peu à peu, où les douleurs de la malade ne lui laissent aucun repos, M. Nélaton croit qu'il se fait un travail inflammatoire intense dans la poche rétro-utérine, que le péritoine pelvien sécrète une grande quantité de sérosité qui s'unit au sang, et tend à amener la déchirure des adhérences qui circonscrivent la poche à sa partie supérieure. C'est dans les cas où cet accident lui semble à craindre que M. Nélaton emploie la méthode chirurgicale.

Avant que l'hématocèle rétro-utérine fût décrite par M. Nélaton, Récamier avait eu l'occasion d'opérer deux femmes atteintes de cette affection. Un de ses principes thérapeutiques était, on le sait, de ponctionner toutes les tumeurs pelviennes. Dans deux cas, la ponction amena l'issue d'un liquide noir, visqueux, semblable à de la suie délayée, analogue enfin à celui qui est contenu dans les hématocèles rétro-utérines. Ce praticien se servait d'un pharyngotome pour ponctionner la tumeur par le vagin ; il incisait parallèlement à l'axe du corps, d'avant en arrière, afin d'éviter la blessure des artères utérines. L'incision faite, et le liquide s'écoulant, il introduisait dans la plaie un ou deux doigts, et décollait des parois de la poche les caillots sanguins qui y adhéraient. Après avoir laissé écouler tout le liquide, il injectait dans la poche de l'eau tiède, de manière à la remplir entièrement; puis des lavages à l'eau tiède étaient faits trois fois en vingt-quatre heures. La malade restait sur le dos, le bassin élevé ; une ceinture comprimait l'abdomen. Au moyen de ces lavages et de cette position, Récamier cherchait à empêcher l'entrée de l'air dans la poche, et par conséquent à s'opposer à l'infection putride.

*Méthode de M. Nélaton.* — La femme reste couchée sur le dos, les cuisses et les jambes écartées, le bassin sur un plan plus élevé que le reste du tronc. Le chirurgien se place en face de la malade; le doigt indicateur et le médius de la main gauche sont introduits dans le vagin, et appliqués sur la partie la plus saillante de la tumeur, en s'éloignant le plus possible du col utérin. La canule du trocart est placée entre ces deux doigts, et poussée fortement jusqu'à la tumeur; le trocart lui-même est alors introduit dans la canule, et plongé dans la tumeur, à travers la paroi vaginale. Le liquide écoulé, on fait dans la poche une injection d'eau tiède, en ayant soin de mettre au plus 100 grammes d'eau, et de pousser très-doucement. Quelques jours après, si le liquide qui sort de la poche prend une odeur fétide, on fait dans la tumeur des injections

iodées tièdes, que l'on continue tous les jours, jusqu'à ce que le liquide n'ait plus de caractères putrides. M. Nélaton m'a dit avoir employé les injections iodées chez une dame de province et avoir conjuré les accidents putrides.

La méthode évacuatrice est employée par presque tous les chirurgions; les uns procédant par ponction, d'autres par ponction suivie d'incision. La ponction et l'incision se font généralement sur la portion de tumeur qui fait saillie dans le vagin. Une fois seulement l'ouverture en a été pratiquée à la région hypogastrique par le procédé de Récamier.

Si l'on interroge la statistique, on trouve que sur 20 cas où la méthode évacuatrice a été employée, il y a eu 15 guérisons et 5 morts, et encore, parmi les femmes guéries, une a été atteinte d'accidents d'infection putride tellement graves, que le médecin du service, M. Oulmont, a renoncé depuis, d'une manière formelle, à toute intervention chirurgicale.

2° *Traitement médical.* — M. Nélaton l'applique aux cas où l'affection suit un cours régulier, où les douleurs de la malade sont supportables, et où la tumeur, loin de prendre un volume considérable, diminue progressivement. M. Nonat emploie depuis plusieurs années un traitement dont voici l'énoncé : position horizontale, régime sévère, sinapismes fréquemment promenés sur les membres supérieurs, purgatifs, applications d'eau froide et même de glace à l'hypogastre, particulièrement au début, pour arrêter ou au moins diminuer le raptus hémorrhagique ; mais, avant tout, saignées de 100 grammes répétées deux ou trois fois par mois et agissant comme déplétives et dérivatives. M. Trousseau préconise d'une part les ferrugineux et le quinquina à haute dose pour prévenir de nouvelles hémorrhagies, et, d'autre part, les astringents et les acides. Quant à la douleur, que M. Trousseau croit être produite par une fluxion de l'utérus et de ses annexes, il la combat par des applications sur le ventre de cataplasmes chauds de farine de graine de lin et d'une mixture belladonée et opiacée. M. Aran considère l'intervention chirurgicale comme malheureuse, et conseille de combattre, de la manière la plus énergique, la péritonite qui se manifeste toujours au début, par de nombreuses applications de sangsues. Telle est aussi à peu près l'opinion de MM. Oulmont et Marrotte.

Quant aux résultats fournis par la statistique, ils nous apprennent que sur 27 malades traités par la thérapeutique médicale, il y a eu 22 guérisons et 5 morts, et encore, parmi ces cinq morts, deux sont

dues à des affections intercurrentes. Ainsi, avec le traitement médical, il y a 1/9 de morts, tandis qu'avec le traitement chirurgical, la proportion est de 1/4. Pour moi, je pense que le traitement chirurgical doit être exclu d'une façon générale. Pour qu'il fût admis sans réserve, il faudrait pouvoir se mettre à l'abri de ces accidents d'infection putride qui ont menacé la vie de presque toutes les malades dont on avait ponctionné les tumeurs ; cela est si vrai que, dans presque tous les cas, on a fait des injections détersives et antiputrides. Je rappellerai qu'une femme, traitée par MM. Malgaigne et Nélaton, a succombé à la blessure d'une artère postutérine, et que chez une autre, traitée par M. Huguier, une injection de 100 grammes d'eau tiède, faite dans la tumeur, détermina une péritonite mortelle en l'espace de douze heures.

D'un autre côté, que craint-on en ne provoquant pas la sortie du liquide? Deux accidents : d'une part, la rupture des adhérences qui enkystent la tumeur à sa partie supérieure, accident rare, puisqu'il est noté seulement 4 fois sur 37 ; et, d'autre part, l'ouverture spontanée par le rectum et le vagin. Mais elle est beaucoup plus inoffensive qu'on ne le croirait ; car dans les cinq cas où ce mode de terminaison a été noté, la mort n'a eu lieu qu'une fois. Dans les trois cas où il s'est produit par le vagin, il y a eu guérison. Ce mode d'évacuation naturelle ne prédispose-t-il pas moins à l'introduction de l'air dans la tumeur, que l'ouverture faite par un instrument? Le pertuis pratiqué par le trocart est régulier, direct, et reste béant; dans l'autre cas, au contraire, le trajet suit une voie indirecte et sinueuse, et l'air et les liquides ont plus de difficulté à pénétrer.

La statistique des dix cas que j'ai observés moi-même est favorable à la méthode expectante. Chez huit de ces malades, elle fut appliquée, et les huit guérirent. J'ai même eu l'occasion de comparer les deux méthodes thérapeutiques chez trois malades atteintes d'accidents tout à fait analogues, et qui se présentèrent à mon observation dans une période de six mois. Chez une, M. Nélaton pratiqua la ponction, à cause de douleurs excessives. Les deux autres éprouvèrent des douleurs entièrement semblables à celles ressenties par la première, et ont guéri, sans qu'une ponction ait été faite, sans que le liquide se soit écoulé au dehors; et, cependant, elles rentraient bien évidemment dans la catégorie des malades chez lesquelles M. Nélaton emploie la méthode évacuatrice.

Ces considérations cliniques, d'une part, et d'autre part les dangers immédiats et consécutifs inhérents à la ponction et à l'incision,

me semblent permettre de poser en principe que le traitement de l'hématocèle rétro-utérine doit être, sauf de très-rares exceptions, essentiellement médical, et l'exception ne me paraît devoir s'appliquer qu'aux cas de suppuration de la tumeur.

Le traitement médical de l'hématocèle rétro-utérine doit comprendre : 1° la thérapeutique préventive de nouvelles hémorrhagies ; 2° la thérapeutique des accidents produits par l'hémorrhagie ; péritonite, tumeur, anémie.

1° Tenir la malade dans une immobilité absolue, le bassin élevé ; couvrir l'hypogastre de compresses trempées dans de l'eau froide. Ce moyen ne doit être employé qu'au début de l'affection. Préparations astringentes ; potions contenant 20 gouttes de perchlorure de fer ; acides ; toniques antiménorrhagiques (M. Trousseau) ; quinquina à la dose de 4 grammes.

2° La *péritonite* sera combattue par des sangsues appliquées à l'anus ou à l'hypogastre (30 à 80, suivant l'état de la malade et l'intensité des accidents) ; par du calomel à dose fractionnée ; par des emplâtres belladonés, par de l'opium administré à l'intérieur ou à l'extérieur, par des vésicatoires volants et par de l'eau de Seltz, de la glace et la potion de Rivière.

La *tumeur* sera traitée par des cataplasmes émollients, par des dérivatifs sur le canal intestinal, par des vésicatoires volants sur l'hypogastre, et surtout par l'immobilité absolue pendant le premier mois, jusqu'à ce que la première période menstruelle soit passée. A une époque avancée de l'affection, alors que tout symptôme aigu a disparu, et que la tumeur est très-dure, les alcalins m'ont paru efficaces.

Le fer, les toniques, une bonne alimentation seront employés à guérir l'anémie, si profonde dans cette affection.

Jusqu'à ce que la tumeur soit presque entièrement résolue, je crois qu'on doit s'abstenir absolument de bains chauds ; plusieurs malades éprouvaient des frissons, un malaise général et une recrudescence des douleurs pendant le bain et plusieurs heures après.

En résumé, le traitement médical me paraît devoir être employé dans tous les cas d'hématocèle rétro-utérine, sauf ceux bien rares où la tumeur s'abcède ; la tendance à un nouveau raptus hémorrhagique sera combattue par l'immobilité la plus absolue, les applications froides et les astringents ; les accidents appartenant en propre à l'hématocèle rétro-utérine seront traités : la péritonite par les émissions sanguines, les altérants et les narcotiques ;

la tumeur, par les émollients et les dérivatifs; l'anémie, par les martiaux, les toniques, et une bonne alimentation.

D[r] Aug. Voisin,
ancien interne des hôpitaux.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*, faites à la Faculté des sciences de Paris par M. Milne-Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris, professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut (Académie des sciences), des Sociétés royales de Londres et d'Edimbourg, etc., etc.

Nous ne voulons ici toucher à ce livre que par le côté qui regarde la médecine, bien qu'à le considérer dans le majestueux ensemble de la science qu'il embrasse, il nous fût facile d'intéresser au plus haut degré les lecteurs de ce journal. Tous tant que nous sommes, par suite de la nécessité de la spécialisation de nos études, et un peu aussi parce que les sciences médicales, telles que les maîtres les ont faites, manquent de lumière et d'horizon, nous ne savons rien ou presque rien de l'anatomie comparée, ni de la science de la vie dans l'ensemble des deux grands règnes de la nature, à l'extrémité desquels l'homme apparaît comme un magnifique couronnement. A ceux qui par habitude, ou par insouci d'une plus grande lumière, se complaisent dans le cercle étroit d'une physiologie aux horizons si bornés, nous conseillons de lire l'ouvrage admirable que publie en ce moment l'illustre doyen de la Faculté des sciences de Paris. Telle est l'étendue du cercle de la vie, que l'auteur, pour ne parler que de ce qu'il sait, ainsi qu'il le dit quelque part, avec une modestie qu'il ne faut pas prendre au mot, a éliminé de ses études un des deux grands règnes de la nature, où la vie apparaît avec les instruments organiques qui la manifestent, les végétaux, et se renferme dans l'observation des manifestations de la vie animale proprement dite : si nous ajoutons que, dans la pensée de M. Milne-Edwards, la physiologie et l'anatomie sont des parties inséparables d'une seule et même science, on comprendra que, même dans ces limites, une pareille étude est immense, et ne peut être conduite à son terme que par une intelligence supérieure. Au reste, comme l'auteur a lui-même marqué le but qu'il se propose d'atteindre, et dans son enseignement à la Faculté des sciences, et dans le livre qui le reproduit, fécondé par la méditation et le travail soli-

taire, nous ne pouvons mieux faire que de lui laisser la parole pour nous dire quel est ce but, et en quoi il diffère de celui qu'on se propose dans des études affines, mais d'un caractère moins général. « Pour remplir ma tâche, dit M. Milne-Edwards, je ne dois pas me borner à l'étude des phénomènes et des instruments de la vie chez un animal en particulier : ce n'est pas la physiologie de l'homme éclairée par des expériences faites sur les animaux, qui doit nous occuper exclusivement, comme cela arrive lorsqu'on traite de cette science en vue de ses applications à la médecine ; c'est la physiologie des êtres animés, en général, depuis les plus simples jusqu'aux plus parfaits. Je dois surtout vous montrer comment les grandes manifestations de la vie se modifient dans le règne animal tout entier ; comment les instruments variés que la nature a mis en usage concourent à l'exercice des facultés dont ces êtres sont doués, et tracer le tableau de ce qu'il importe le plus de connaître dans l'ensemble de la création animée, œuvre la plus merveilleuse de toutes les œuvres de Dieu, et où chaque chose cependant est une merveille aux yeux de celui qui sait voir. » Maintenant que, dans une étude ainsi caractérisée, on cherche des lumières qui éclairent immédiatement la vie normale ou pathologique chez l'homme, nul évidemment ne saurait le prétendre ; mais s'il est une chose dont nous soyons convaincu, dont nous ait convaincu la lecture de ce remarquable ouvrage, c'est que, s'il est impossible qu'il en sorte de tels enseignements, il élargit au moins singulièrement l'intelligence, force à considérer la vie comme autre chose qu'un résultat de l'organisation, révèle dans le germe qui la contient en puissance un ordre préconçu, une sorte d'harmonie préétablie entre les groupes vivants et les milieux où ils apparaissent, et enfin, arrachant la médecine elle-même au joug d'un matérialisme auquel elle n'a que trop de pente, l'oblige à chercher le principe de la vie derrière les organes qui n'en sont que les admirables instruments. Ne tirât-on de la lecture et de la méditation de ces leçons d'un des plus grands maîtres de la science moderne que cet utile enseignement, il suffirait pour justifier notre instance à appeler sur elles l'attention sérieuse des médecins.

Bien que ce soit surtout lorsque le cours de son enseignement l'amènera à traiter de la génération et de l'embryogénie que l'auteur se propose de mettre en pleine lumière cette conception de la vie, il n'a pas laissé, dès les premières leçons, de formuler nettement sa pensée à cet égard; c'est cette esquisse faite d'un trait rapide que nous voudrions faire connaître, persuadé que nous sommes que nulle part ailleurs le vitalisme n'a été mis en un jour plus lumineux.

Nous avons déjà dit que, dans la pensée de M. Milne-Edwards, l'anatomie et la physiologie sont deux études qui ne peuvent être scindées, parce que ces deux études s'appellent et s'éclairent réciproquement. « Ne croyez pas cependant, ajoute immédiatement l'auteur, que si j'attache une si grande importance aux études anatomiques, c'est parce que j'attache au mode d'arrangement de la matière dont les animaux sont composés le merveilleux ensemble de propriétés vitales dont ces êtres sont doués, et que, suivant les errements de quelques écoles physiologiques, je considère l'organisation comme étant tout dans l'économie des corps vivants. Non : les propriétés physiologiques de l'animal ne sont pas, à mon avis, une conséquence de sa structure, mais la raison d'être de celle-ci. Chacune de ces machines admirables, en naissant dans la main du Créateur, me semble avoir été appelée d'avance à exercer une série d'actes déterminés, et porter en elle le germe de la puissance qui la fera agir, avant que d'être pourvue des instruments nécessaires à l'exercice de cette force. Il y a toujours harmonie entre les fonctions et les organes ; mais ce qui domine dans l'être animé, et commande en quelque sorte la nature qui lui sera propre, c'est la manière dont les forces qu'il met en jeu doivent s'exercer dans son organisme, et non la manière dont ses organes sont constitués. » Ainsi, dans la pensée de l'éminent professeur de la Faculté des sciences de Paris, bien loin que l'organisme soit la raison de la vie, c'est la vie même qui est la raison d'être de l'organisme. Cette notion abstraite de la vie, déduite d'une observation attentive et des lumières d'une raison qu'on ne craint pas d'interroger, M. Milne-Edwards la défend, et contre le matérialisme médical proprement dit, et contre les excès de la chimie moderne, tels qu'ils se produisent dans les ouvrages de Liebig, de Lehmann, de Moleschott, etc., et de tous les savants allemands contemporains qui se sont jetés comme des enfants dans l'abîme qu'a creusé au sein de la philosophie la violente négation du sens commun sous le prétexte de la critique sévère de la raison. « Les êtres vivants, dit à cet égard M. Milne-Edwards, ne sont pas soustraits à l'action des forces générales de la nature, mais ils sont soumis en même temps à l'influence de la vie, qui est aussi une force, et qui leur appartient en propre. C'est la vie qui coordonne les forces physiques et chimiques, de façon à produire les phénomènes dont les corps organisés nous offrent le spectacle, mais elle ne s'y substitue pas et n'en arrête pas les effets. » Sur ces questions délicates, fondamentales, l'auteur, quelque autorité qu'ait sa parole, ne dédaigne pas de s'appuyer d'hommes non moins haut placés que

lui dans la science, tels que MM. Dumas et Chevreul, et qui eux aussi ne pensent pas qu'on puisse faire sortir la vie du pur organisme en conflit avec les forces cosmiques. Qu'on lise sans prévention cette argumentation vigoureuse, de la part de savants qui ont poussé aussi loin qu'on le peut l'étude des forces cosmiques au sein de la matière brute, et qui rapportent de cette étude la conviction que la vie ne peut sortir de là, mais qu'elle vient de plus haut; que là, dans son principe, elle ne saurait tomber sous le sens de nos instruments et de nos réactifs, et que la raison seule l'atteint dans son immatérielle énergie; qu'on lise, disons-nous, ces pages marquées au coin d'un bon sens exquis, et nous ne doutons pas qu'on ne se rallie à une doctrine qui, d'ailleurs, Dieu merci! n'est pas nouvelle dans une science qu'a éclairée le génie d'Aristote, d'Hippocrate et de Galien. Non, assurément, cette question n'est pas nouvelle dans notre science, et aujourd'hui encore les organes les plus autorisés protestent contre une doctrine, qui pose la vie comme un pur mécanisme ou une simple circonstance de la chimie générale: c'est que la médecine, dans son étude spéciale, rencontre un certain nombre, un grand nombre de faits spéciaux aussi que le pur mécanisme et la chimie elle-même qui interviennent à coup sûr dans la vie, mais qui n'y font pas tout, sont impuissants à expliquer. Cependant, comme nous l'avons dit déjà, il y aurait un moyen de démontrer qu'il n'y a dans l'organisme rien de plus que de la matière et les forces communes de la matière, ce serait d'expliquer les phénomènes qui s'y produisent par le fait unique de ce *substratum* et du jeu de ces dernières. Or, l'a-t-on fait, je ne dis pas pour la généralité de ces phénomènes, mais seulement pour un seul de ces phénomènes? La physique, la chimie, l'anatomie, même aidée du microscope, s'y sont tour à tour ou simultanément essayées et n'y ont pas réussi. Sans doute, de l'application de ces diverses sciences, si avancées de nos jours, à l'étude des phénomènes qui se passent dans l'organisme vivant, il est résulté l'élucidation d'une foule de questions partielles; mais tout cela n'a fait pour ainsi dire qu'étendre le domaine de l'anatomie, et a laissé à la vie, considérée au point de vue de la notion fondamentale du principe qui la constitue, toute son obscurité. Pour avoir démontré qu'à la surface de l'ovaire germent et se développent des œufs qui se détachent à chaque période menstruelle chez la femme nubile; pour avoir, à l'aide du microscope, démontré que le sperme de l'homme contient une foule d'animalcules vivants, a-t-on beaucoup éclairé le mystère de la conception? La science histologique, la tératologie y ont-elle servi

beaucoup plus? Toutes ces recherches, certainement fort utiles, ont éclairé les conditions matérielles du phénomène, mais le phénomène en lui-même, c'est-à-dire l'éclosion dans l'œuf fécondé de cette vie si nouvelle et si puissante dont il va devenir le théâtre, ce phénomène-là reste toujours aussi obscur, aussi voilé. Ce que je viens de dire de la fécondation, je le dirai d'un phénomène en apparence beaucoup plus simple, de la fièvre, je le dirai de l'incubation dans certaines maladies spécifiques, de la germination de tubercules dans un organisme héréditairement prédisposé, de la latence diathésique, de la contagion, de la solution spontanée de certaines maladies, en opposition avec la destruction fatale de l'organisme par d'autres, de la solidarité fonctionnelle; je le dirai enfin, avec M. Chevreul, cité par M. Milne-Edwards, du balancement mutuel des forces cosmiques, et de leur coordination pour maintenir la vie dans un assemblage de molécules assujetties à une forme déterminée, susceptible d'accroissement régulier aux dépens du monde extérieur, etc., etc.; invoquez tour à tour ou ensemble les diverses forces communes de la nature, et dites-moi si, à la faveur de ces forces, vous pouvez expliquer aucun de ces phénomènes.

M. Milne-Edwards, en abordant lui aussi ces graves questions, et en les éclairant, dès ses premiers pas, des lumières d'une raison supérieure, a servi notre science elle-même; et ce nous est un bonheur et un devoir tout à la fois de compter, au nombre des partisans d'une doctrine que nous croyons contenir la vérité, un des hommes de ce temps-ci dont l'autorité est la plus haute en matière de science biologique.

Déjà, plus d'une fois, dans le cours de cet article, nous avons laissé pressentir que l'illustre doyen de la Faculté des sciences, tout en maintenant à l'observation et à l'expérimentation la haute portée qu'on doit leur attribuer dans l'édification de la science de la vie, fait aussi sa part et une large part à l'intelligence dans cette élaboration difficile; c'est qu'en effet l'auteur insiste avec force pour restituer à la raison le rôle bien défini qui lui appartient dans cette œuvre immense, et que quelques écoles de physiologie ne sont que trop portées à lui dénier. Cette réhabilitation de la raison, frappée en quelque sorte d'interdit, dans la culture des sciences physiologiques, est un des traits distincts de ce remarquable ouvrage et le marque d'un caractère de réelle originalité. Si humble que soit notre autorité en ces hautes matières, nous n'hésitons pas plus que sur la précédente question à donner notre complet assentiment à une méthode philosophique, à un enseignement didactique de la science de

la vie, où le raisonnement a sa place marquée à côté de l'observation. Non, dirai-je avec un homme dont l'autorité n'est point d'ordinaire invoquée dans ces questions (¹), et dans un sens différent, mais qui n'est pas moins vrai, *n'éteignez point l'esprit;* ne vous laissez point absorber dans les impressions du sens, qui ne vous informe que des phénomènes, c'est-à-dire des apparences des choses, mais allez au delà de ces apparences; et par un sage et prudent usage de la raison, efforcez-vous de saisir les savants artifices de la nature dans les lois que celle-ci s'est imposées, ou plutôt auxquelles elle obéit : la nature même des choses vous échappera toujours peut-être; mais si vous pouvez au moins la pressentir, la deviner en partie dans l'énigme où elle ne se montre à vous que comme voilée, comment cette demi-science, cette lueur de la vérité, pouvez-vous espérer la rencontrer dans l'unique observation des purs phénomènes? Cette voie a ses périls sans doute; une foule d'intelligences, ainsi que nous l'enseigne l'histoire, en la suivant, se sont précipitées dans l'erreur : qui le nie? Mais cette expérience même ne peut-elle nous servir, en nous montrant les écueils et en nous apprenant à mettre une plus grande circonspection dans les vues de l'esprit, et surtout à demander invariablement aux faits, à l'observation, la vérification de l'idée, qui ne vaut désormais et ne s'écrit, dans la science sérieuse, qu'à la condition d'avoir reçu cette nécessaire consécration.

Nous devons nous arrêter ici, et nous n'avons pas dépassé les premières pages de ce magnifique ouvrage, qui est déjà arrivé à son troisième volume et qui n'est pas encore terminé. Cependant, même à n'étudier ce livre que par le côté qui regarde la médecine, ainsi que nous le disions en commençant, que n'eussions-nous à en dire lorsqu'il traite du sang, de la respiration et de la circulation, avec une ampleur de détails, une richesse d'aperçus, qui fera presque de cet ouvrage, remarquable entre tous, une encyclopédie de la science biologique? La médecine proprement dite n'est pas là, à coup sûr, avec les détails infinis qui seuls en rendent l'application légitime, possible; mais elle y est en partie, et dans quelques-unes de ses fondamentales conceptions. Lisez à ce point de vue tout ce qui touche au sang, à sa composition, aux effets de l'hémorrhagie sur l'organisme, aux résultats de la transfusion, à la respiration et à la circulation, où vous trouverez une histoire parfaitement tracée de cette importante fonction vitale; lisez tout cela, et je m'assure qu'à

(¹) Saint Paul, épître aux Thessaliens, chap. v.

cette lecture vous verrez votre horizon s'élargir, vous vous sentirez plus médecin. Si la nature est belle à l'étudier dans l'infinie variété de ses manifestations, elle ne l'est pas moins quand elle nous apparaît ainsi réfléchie par une riche et lumineuse intelligence.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Rétrécissement de l'urètre. — Cathétérisme. — Accidents fébriles. — Urétrotomie. — Guérison. — Tout le monde connaît aujourd'hui, grâce à l'enseignement de M. Civiale, et la fréquence et la gravité des accidents intermittents qui suivent les opérations les plus simples, comme les plus graves, pratiquées sur les voies urinaires. Tout le monde sait avec quelle facilité ces accidents deviennent pernicieux et combien, chose plus dangereuse encore! ils peuvent devenir le point de départ de suppuration vers le rein et dans diverses parties du corps. De là, la nécessité pour le chirurgien de prévenir ces accidents, et de compter avec eux pour les dominer le plus tôt possible, et surtout pour éviter qu'ils se reproduisent. Mais lorsque l'action chirurgicale doit être de courte durée, et que son indication est urgente et certaine, la présence de ces accidents doit-elle toujours arrêter la main de l'homme de l'art? C'est un point de pratique qui est loin encore d'être tranché. Il importe donc d'enregistrer tous les cas capables de résoudre la question ; en voici un dont nous avons été témoin et qui prouve les bons effets de l'intervention.

Le nommé X***, âgé de trente-huit ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies mal soignées, fut pris de troubles dans l'excrétion de l'urine. Ces troubles augmentèrent et le malade se présenta à l'hôpital Cochin dans le courant de juillet, pour une rétention complète d'urine. On cherche vainement à introduire dans la vessie une bougie d'un très-petit calibre. Un bain prolongé permet bientôt l'émission spontanée de l'urine.

Les jours suivants, une première bougie de 1 millimètre 1/4 pénètre jusque dans la vessie; on arriva ainsi jusqu'à 3 millimètres. Cette dernière bougie était notablement serrée et son introduction nécessita une certaine pression.

Le jour même, le malade fut pris d'accidents fébriles assez intenses.

Pendant quelques jours le traitement fut suspendu ; il fut repris ensuite; chaque fois il fallut l'interrompre à cause du retour des ac-

cidents fébriles. La dernière fois à l'accès succède un état fébrile continu, qui provoque une altération notable de la santé. Le malade exigea sa sortie de l'hôpital.

Vers la fin d'octobre, il se présenta à l'hôpital Saint-Louis. M. Dolbeau, qui lui avait donné des soins à l'hôpital Cochin, eut grand peine à reconnaître cet homme, tant sa physionomie avait été profondément altérée par la maladie. Depuis sa sortie, X*** n'avait cessé d'avoir la fièvre ; il était extrêmement maigre, avait perdu complétement l'appétit et le sommeil.

Quant à l'appareil urinaire, voici ce que l'on put constater : rétrécissement très-étroit au milieu du bulbe, émission de l'urine lente et difficile, besoin fréquent d'uriner. Les urines sont très-colorées, épaisses, fétides ; elles contiennent quelques globules purulents. Enfin, le malade se plaint d'une vive douleur dans la région du rein droit. (Diagnostic : néphrite consécutive à un rétrécissement.)

La fièvre était continue ; on prescrivit l'application de ventouses sur la région lombaire, le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme dans les vingt-quatre heures, et quelques lavements. Malgré ces moyens, l'état du malade restait toujours le même.

Il fallut songer à dilater de nouveau le rétrécissement, mais le premier cathétérisme fut suivi d'accidents graves, qui se reproduisirent chaque fois que l'on voulut passer la bougie. Que faire ? Abandonner le malade dont la santé devait s'altérer inévitablement, l'exposer de nouveau aux accidents fébriles en reprenant la dilatation, ou sortir de cette impasse en supprimant la cause des accidents ?

C'est à ce dernier parti qu'on s'arrêta. La section du rétrécissement fut pratiquée d'avant en arrière, au moyen de l'instrument de M. Charrière, et une sonde assez volumineuse introduite dans la vessie donna issue à une grande quantité d'urine, ce qui prouvait que la vessie se vidait mal.

Les suites de cette opération furent simples ; il y eut un accès de fièvre, mais pas plus intense que ceux qui succédaient au passage d'une simple bougie. Cet accès ne se reproduisit pas ; les jours suivants, les urines devinrent plus limpides, la douleur rénale disparut et l'appétit commença à renaître.

Le sixième jour, on entreprit la dilatation au moyen des sondes de Béniqué ; cette manœuvre n'entraîna aucun accident.

Vers la fin de novembre, le malade entrait en pleine convalescence ; il urinait largement, les urines étaient normales et la fièvre avait complétement cessé.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

---

**Alalie intermittente.** *Observation de guérison par le sulfate de quinine.* L'alalie diffère de l'aphonie en ce que, dans la première, des sons peuvent être produits, mais non articulés : c'est le mutisme accidentel; tandis que dans la seconde aucun son ne saurait être produit. L'alalie est surtout un symptôme des affections nerveuses, de l'hystérie en particulier. Il n'en est pas de même dans le cas suivant, rapporté par le docteur Heusinger.

A une époque où les fièvres intermittentes étaient extrêmement fréquentes, et où un grand nombre d'affections subissaient l'influence paludéenne, M. Heusinger fut appelé près d'une femme âgée de trente-quatre ans, enceinte, fortement albuminurique et hydropique. Après avoir vainement traité ces accidents par le perchlorure de fer, il les vit diminuer très-notablement par l'emploi de l'acide nitrique à l'intérieur, et d'enveloppements froids de l'abdomen et des lombes. — Un soir il fut appelé inopinément chez cette malade et ne fut pas peu surpris de la trouver dans l'impossibilité de parler, elle ne pouvait produire que des sons faibles et non articulés. L'exploration la plus attentive ne révèle ni dans les organes de la bouche, ni dans les autres fonctions de désordre auquel on puisse rapporter l'alalie. M. Eusinger pensa d'abord qu'il s'agissait là d'une affection hystérique, mais les remèdes qu'il administra en conséquence, restèrent sans effet, la malade ne présentait d'ailleurs aucun symptôme d'hystérie; au bout de douze heures elle recouvra la faculté de parler, mais elle la perdit de nouveau douze heures plus tard, c'est-à-dire à la même heure que la veille. Ces accès se produisirent ainsi pendant six jours de suite et presque à heure fixe; 30 centigrammes donnés dans l'intervalle suffirent pour les arrêter. Les autres accidents, pour lesquels M. Heusinger avait été d'abord consulté, continuèrent à s'amender et disparurent même avant l'accouchement, qui se fit sans encombre. (*Deutsche Klinik*, n° 39, 1859.)

---

**Aphonie syphilitique** (*Forme peu connue d'*). Tout le monde connaît l'enrouement plus ou moins complet qui accompagne les altérations de la phthisie laryngée chez certains sujets parvenus aux derniers degrés d'une syphilis invétérée. Ce n'est pas de cette cause d'aphonie qu'il s'agit, mais d'un état morbide qui a ses caractères propres, son époque d'apparition et son mode de curabilité spécial, qui l'en distinguent complétement. Voici, d'après un grand nombre d'observations tirées de sa pratique, en quels termes M. Diday décrit ce genre d'aphonie syphilitique qu'il appelle *aphonie secondaire*.

Entre le troisième et le sixième mois, à partir du début de l'accident primitif qui a marqué le début de l'intoxication syphilitique, le malade, sans s'être exposé aux causes ni présenter les symptômes du coriza, de l'angine ou de la bronchite, s'aperçoit qu'il ne peut plus faire entendre le même volume de son qu'à l'ordinaire. La voix a perdu de son timbre. Cette altération augmente rapidement. En quelques jours, elle est arrivée à ce point, que lorsqu'il veut forcer la voix il ne parvient à produire qu'un souffle à peine perceptible. A part l'altération de la sonorité, les autres fonctions connexes de l'appareil vocal demeurent intactes. La prononciation est claire et distincte, la respiration parfaite : soit que le malade aspire l'air avec force, soit qu'il avale, soit qu'on lui palpe et déplace brusquement le larynx, il ne ressent aucune espèce de douleur. Enfin, il n'y a aucun mouvement fébrile, aucun symptôme de réaction générale. Cet état une fois établi, n'a que peu ou point de tendance à se dissiper spontanément. Il se prolongerait indéfiniment, sans doute, sans l'intervention du traitement approprié.

M. Diday place l'époque d'apparition de ce phénomène en pleine période secondaire. En moyenne quatre mois ont séparé l'action de la cause du commencement de l'effet.

Le traitement approprié à cet état morbide est le mercure, le protoiodure à la dose de 8 à 10 centigrammes par jour, administré en deux pilules (pilules de Ricord). Sous l'influence unique et exclusive de ce traitement, l'aphonie est modifiée en deux jours, et guérie en six ou huit au plus tard.

C'est ce que démontrent les faits rapportés à l'appui par M. Diday. Il nous suffira de citer comme spécimen le fait suivant.

*Obs.* Une jeune dame attachée à l'un des théâtres de Lyon se présenta à sa consultation, vers le milieu de décembre, pour une syphilis commençante, bien caractérisée par tous les symptômes habituels. Dans les premiers jours de janvier suivant, elle revint se plaindre d'un enrouement progressif qui l'avait d'abord forcée à supprimer de ses rôles les couplets. Bientôt le dialogue dut aussi être sacrifié. Cet état durait depuis douze jours; il n'y avait pas trace de sonorité, elle souffrait mais ne faisait rien entendre : 3 pilules par jour, chacune de 5 centigrammes de protoiodure de mercure composèrent tout le traitement. Cinq jours après elle peut reparaître sur la scène. Mais cinq semaines après, le traitement ayant été omis, elle eut, avec une nouvelle éruption de syphilis au cou et à la poitrine, une récidive de l'aphonie. Afin d'établir par une contre-épreuve décisive l'indication de la préparation mercurielle à laquelle il donne la préférence, M. Diday essaya alors le bichlorure de mercure à la dose de 2 centigrammes par jour. Mais, quoique parfaitement supporté, il ne produisit que des effets très-lents. Le protoiodure la guérit une seconde fois aussi vite que la première, et celle-ci radicalement, la médication ayant été continuée pendant tout le temps nécessaire (*Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1860.)

---

**Autoplastie** *par adossement des lambeaux et suture enchevillée en broche.* Voici en peu de mots en quoi consiste le procédé employé par M. Reybard pour fermer une fistule : de chaque côté de l'ouverture fistuleuse on fait deux incisions à la peau, qu'on dissèque et dont on forme deux lambeaux d'étendue variable suivant les cas. Ces lambeaux sont ensuite appliqués l'un contre l'autre par leur surface saignante. Il n'y a, comme on le voit, entre cette manière de faire et le procédé si souvent suivi qui consiste à rapprocher par leurs bords des lambeaux taillés de la même façon, qu'une différence de degré plutôt qu'une différence capitale. Le moyen employé par M. Reybard pour maintenir l'adossement de ses lambeaux n'est aussi, comme il le dit lui-même, que l'assemblage de la suture entortillée et de la suture enchevillée. Il se compose, en effet, des éléments de chacune d'elles, à savoir, de deux chevilles en forme d'attelles, d'aiguilles et de fil. Les attelles sont faites d'une substance capable de se laisser traverser par les aiguilles (caoutchouc, liége, cuir, etc.). Elles ont la forme d'un prisme triangulaire dont les faces ont une étendue en rapport avec l'étendue suivant laquelle ces lambeaux doivent être adossés. Les aiguilles enfoncées par le sommet d'un de ces prismes en traversent la base, et traversent les deux lambeaux à la base de l'autre prisme par le sommet duquel elles émergent. Autour de ces aiguilles sont ensuite passées, comme autour des épingles dans les sutures entortillées, des fils qui assujettissent les deux attelles.

Par cette double modification, M. Reybard espère éviter le principal écueil qu'on rencontre dans le traitement des fistules, à savoir, l'obstacle que la présence des matières excrémentitielles apporte à la réunion. La compression uniforme et modérée des lambeaux dans une notable étendue suffit, à son avis, pour préserver ceux-ci du contact des liquides irritants. Notons cependant que, malgré cette confiance dans l'adossement, M. Reybard n'a pas jugé inutile d'imaginer un moyen de préserver les lambeaux du contact de l'urine dans les cas de fistules urétrales. Il insiste sur ce moyen lorsqu'il s'occupe en particulier des fistules de l'urètre. Son mémoire se termine, en effet, par l'examen des applications particulières de son procédé au traitement des anus contre nature, des fistules urétro-vésicales et recto-vésicales, etc., toutes lésions qui peuvent être adjugées, dit-il, à son autoplastie et à sa suture. (*Compte rendu de la Société de chirurgie*, janvier 1860).

---

**Gentiane jaune** (*Emploi de la racine de*) *contre l'intoxication paludéenne.* Il ne s'agit ni d'un remède nouveau ni d'un agent dont les propriétés thérapeutiques doivent être placées au-dessus ou même à côté de celles du quinquina. En fait d'intoxication paludéenne, il n'est point d'agent qui supporte avec lui la comparaison, voire même la gentiane, dont les propriétés amères et toniques sont depuis longtemps si bien connues. Mais le quinquina est en tout temps très-coûteux, il devient tous les jours de plus en plus rare, et

il est même des circonstances, telles que celles où se trouvent souvent placés les médecins de la marine ou de l'armée de terre dans les expéditions lointaines, où il est très-difficile et quelquefois même impossible de se procurer ce médicament. Il faut bien alors s'adresser aux succédanés que peut fournir la flore médicale du pays où l'on est. C'est dans une circonstance semblable que M. le docteur Chabasse, chirurgien principal de la marine à la Guyane française, a été conduit à essayer la racine de gentiane jaune et à essayer de se fixer par son expérience personnelle sur la valeur de cet agent. Ce fut à titre d'agent préventif de la fièvre paludéenne qu'il en fit usage d'abord, se proposant, par ce moyen, de soutenir les forces éliminatrices de l'économie, de manière à neutraliser sans cesse les effets de l'absorption miasmatique quotidienne. Toutes les fois qu'il en a fait usage, l'intoxication paludéenne a été partout neutralisée, quant à ses effets morbides graves, quelles que fussent les diverses idiosyncrasies des personnes infectées. Ce n'est pas seulement contre l'élément paludéen que son efficacité s'est montrée, elle lui est apparue tout aussi manifeste contre le mouvement fébrile intermittent qui se produit pendant la convalescence de la fièvre jaune et celui qui lui succède. En un mot la gentiane jaune lui a paru convenir toutes les fois qu'il s'agit de soutenir et de fortifier les puissance réactionnaires et éliminatives de l'économie.

Voici le mode de préparation et d'administration auquel M. Chabasse s'est particulièrement arrêté.

On prend 250 grammes de racines de gentiane jaune, qu'on coupe en menus morceaux et qu'on met macérer dans 1,000 grammes d'alcool à 36 degrés; au bout de huit jours de macération la liqueur doit avoir pris une teinte brune très-foncée. On la décante; on prend un verre à liqueur de cette teinture alcoolique, qu'on mélange à 1,000 grammes de bonne eau-de-vie. Ce mélange, auquel M. Chabasse donne le nom de *liqueur gentianique*, est administré à jeun à la dose d'un petit verre, une ou deux fois par jour, mélangé avec de l'eau potable dans les proportions suivantes :

Liqueur gentianique..... 1
Eau potable............... 1

L'adjonction de l'alcool à la gentiane est utile, surtout dans les climats chauds et humides, pour soutenir le système nerveux contre l'action débilitante du climat.

La gentiane, en un mot, comme tous les amers, et mieux que la plupart d'entre eux sans doute, peut, là où le quinquina manque, rendre de très-grands services; et là même où l'on a le quinquina à sa disposition, il peut encore être très-utile pour soutenir et continuer son action. (*Union médic.*, janvier 1860).

---

**Hymen** (*Cas d'imperforation de l'*); *opération tardive; mort*. Un des vices de conformation réputés les plus inoffensifs est sans contredit l'imperforation de l'hymen. Il peut cependant finir par provoquer un accident qui emporte rapidement les femmes qui en sont affectées. Aux faits rapportés par Kiwish, de Haen, M. Paget ajoute le suivant.

Une jeune fille de dix-huit ans présentait tous les signes de la rétention menstruelle provoquée par une imperforation de l'hymen. La partie sous-ombilicale de l'abdomen était occupée par une tumeur fluctuante, qui présentait un renflement très-appréciable dans les deux régions iliaques. L'incision de l'hymen épaissi et imperforé donna issue à une grande quantité d'un liquide noirâtre. On fit des injections d'eau tiède et tout alla bien pendant les trois premiers jours; puis une péritonite foudroyante éclata et emporta la malade en quarante-huit heures. A l'autopsie on trouva environ une pinte et demie d'un liquide noirâtre (analogue à celui qui s'était écoulé du vagin) dans le péritoine, qui présentait tous les caractères habituels d'une inflammation suraiguë. L'utérus était à peu près triplé de volume. Les trompes de Fallope et les ovaires des deux côtés avaient acquis un volume énorme; elles pouvaient contenir chacune une pinte de liquide. Sur chacune de ces tumeurs ovariques on voyait des perforations ulcérées, à bords déchiquetés, et par lesquelles leur contenu s'était échappé du péritoine.

M. Paget se rend difficilement compte de cette péritonite survenant après l'opération. Nous sommes porté à l'attribuer au traumatisme exercé par le liquide des injections pour en avoir été plusieurs fois le témoin chez des femmes qui subissaient pour la première fois cette petite opération. Quoi qu'il en soit de la cause, le fait reste et il faudra en tenir compte en

portant le pronostic dans les actes chirurgicaux commandés par ce vice de conformation. (*British. med. Journal*, juillet 1859.)

**Incontinence nocturne d'urine.** *Guérison par l'opération du phimosis*. Les causes de l'incontinence nocturne d'urine sont encore fort obscures, et cette infirmité peut dépendre quelquefois de circonstances très-diverses, ce qui déroute la thérapeutique. Quand l'incontinence dépend — ce qui est le cas le plus ordinaire — d'un excès de contractilité de la vessie, la belladone réussit très-bien, et l'on sait quel bon parti MM. Bretonneau et Trousseau en ont tiré dans ce cas. Si, au contraire, c'est d'un relâchement, d'une atonie des muscles vésicaux qu'elle dépend, la strychnine a alors de bons effets; enfin nous avons signalé récemment les bons résultats qu'on a obtenus dans cette affection de l'emploi du mastic en larmes. Mais il est des circonstances où tous ces moyens échouent et où il faut chercher ailleurs et la cause et le remède de cette infirmité. Tel est le cas suivant, où l'opération du phimosis indiquée par la longueur excessive du prépuce a fait cesser une incontinence qui avait résisté à tous ces moyens.

Un jeune garçon de dix-sept ans entre dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, pour une incontinence d'urine dont il était affecté depuis sa plus tendre enfance. Il urinait dans son lit deux ou trois fois par nuit. L'âge de la puberté n'avait apporté aucune modification à cette infirmité, si ce n'est qu'à l'incontinence d'urine se joignaient depuis lors des pertes séminales. M. Trousseau a d'abord traité ce jeune homme par la belladone administrée aux doses ordinaires; mais elle a complètement échoué; elle n'a donné lieu qu'à un flux diarrhéique, sans faire cesser l'incontinence. Il a essayé ensuite le mastic en larmes, d'après les indications que nous avons publiées, mais sans plus de succès, bien que les doses en aient été élevées. Il a donné ensuite le sirop de sulfate de strychnine, qui a également échoué; l'incontinence persistait toujours. Enfin, ayant remarqué que ce jeune garçon avait un prépuce très-allongé, ce qui est ordinairement une cause d'irritation, d'excitation constante des organes génito-urinaires, il a eu l'idée d'appliquer ici le moyen qui a été déjà proposé et employé avec succès contre la spermatorrhée, l'opération du phimosis.

A dater du moment où cette opération a été pratiquée, le malade est resté treize jours ou plutôt treize nuits de suite sans pisser au lit; puis il a laissé échapper ses urines pendant trois nuits de suite, et à partir de cette époque l'incontinence s'est arrêtée. Ce jeune homme a quitté quelque temps après l'hôpital, n'ayant plus uriné du tout dans son lit. (*Gaz. des Hôpit.*, janvier 1860.)

**Saignée.** *Son utilité dans certaines indigestions compliquées d'accidents cérébraux de forme grave.* La première indication qui se présente naturellement à l'esprit quand il s'agit d'indigestion, c'est l'emploi des vomitifs. Le vomitif, en débarrassant immédiatement l'estomac des aliments qu'il est actuellement impuissant à digérer, fait ordinairement cesser du même coup les troubles cérébraux nerveux ou congestifs qu'amène souvent avec elle l'indigestion. Cependant, il est des circonstances où les accidents cérébraux, bien que secondaires, acquièrent rapidement un tel degré d'intensité, que l'indication de la saignée prime et remplace même celle du vomitif, quelquefois contre-indiqué en pareil cas par la difficulté qu'on éprouve à l'ingérer. M. le docteur Fonteret a rencontré dans sa pratique plusieurs cas de ce genre, où la saignée, pratiquée d'emblée, a eu pour effet, non-seulement de combattre avec avantage les symptômes cérébraux contre lesquels elle était dirigée, mais encore de provoquer la déplétion de l'estomac, aussi bien que l'eût fait un vomitif. Nous ne reproduirons pas les différents faits qu'il rapporte à l'appui de l'utilité de cette pratique. Il nous suffira d'en citer un au hasard.

*Obs.* Une dame B***, mère de plusieurs enfants, robuste, bien constituée et bien portante habituellement, parvenue à l'âge de la ménopause, et chez qui la suspension menstruelle, quoique datant de plusieurs mois, n'avait été suivie jusqu'alors d'aucun phénomène morbide appréciable, fut prise, peu après dîner, sans cause connue, de malaise, de nausées avec éructation, et enfin de perte subite de connaissance. Deux heures plus tard, M. Fonteret trouva la malade alitée, avec la peau chaude, le pouls à 100, élevé, plein et dur, le visage animé et inquiet, l'intelligence obtuse; la tête, agitée de mouvements brusques

et alternatifs, de gauche à droite, et *vice versa*, semblait ne pouvoir pas rester à la même place; l'ouïe persistait; les globes oculaires étaient fixes et saillants, les conjonctives, au niveau de la sclérotique, injectées; l'ouverture pupillaire était resserrée et immobile; la langue ne pouvait franchir les arcades dentaires, et la salive fluait des deux côtés de la lèvre pendante; la commissure labiale conservait sa rectitude normale; le sentiment et le mouvement étaient abolis dans les membres supérieur et inférieur droits; respiration courte, précipitée, bruyante; épigastre et hypocondres gauches manifestement gonflés, tendus, douloureux à la pression; déglutition impossible. Les nausées et les éructations n'avaient pas reparu depuis le moment où la perte de connaissance s'était déclarée.

A ces signes, il était difficile de ne pas croire à une apoplexie cérébrale. Mais, en même temps, la gêne et le peu d'étendue de la respiration, le gonflement, la tension et la douleur de l'épigastre, les commémoratifs surtout trahissaient une indigestion; et la succession des phénomènes observés autorisait à regarder celle-ci comme le point de départ de l'hémiplégie. Le danger était pressant, la persistance du raptus sanguin pouvant rendre bientôt le désordre cérébral irrémédiable, déterminer même une catastrophe prochaine. Bien que l'indication première ne fût pas douteuse et que le moyen naturel d'atteindre le mal dans son origine fût de faire vomir, cependant, vu la gravité de la complication qui devenait la source d'une indication préalable urgente, celle de retirer du sang, M. Fonteret préluda au traitement par une saignée copieuse, se réservant de recourir plus tard au vomitif. Le résultat dépassa son attente. Au premier jet du sang, la face perdit de sa turgescence et la tête cessa de s'agiter; le sang coulait encore que, déjà, un léger mouvement dans le bras paralysé donnait l'espoir qu'on avait affaire à une congestion plutôt qu'à un épanchement. En même temps, le pouls devenait plus souple; et deux ou trois éructations bruyantes annonçaient le réveil de la contractilité de l'estomac. La déplétion sanguine ne fut pas poussée plus loin; la veine fut fermée, et l'on fit placer la tête et le torse de la malade dans une situation à peu près verticale. Enfin, une contraction énergique de l'estomac, suivie de plusieurs autres, amena un vomissement prolongé de matières alimentaires indigérées. A partir de ce moment, tous les symptômes inquiétants s'amendèrent de plus en plus. Au bout de quelques heures, tout était rentré dans l'ordre. (*Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1860.)

**Suie.** *Son emploi à l'intérieur et à l'extérieur comme traitement des tumeurs ulcérées du sein.* M. Debreyne ne connaît pas de topique capable d'agir sur les cancers ulcérés d'une manière aussi efficace et aussi évidente que la suie, employée sous forme de pommade ou de lotions aqueuses. Ces préparations lui ont toujours paru très-utiles par leur propriété détersive, plastique et régénératrice. Au fait de guérison cité par Blaud dans ce journal, et par lui dans son *Traité de Thérapeutique*, M. Debreyne vient en ajouter un nouveau qui, sans être aussi probant que celui de M. Blaud, n'en démontre pas moins l'influence heureuse que les lotions avec une décoction de suie tiède et les applications de pommade ont sur la cicatrisation des ulcères cancéreux.

Voici la formule de l'auteur :

| | |
|---|---|
| Axonge.............. | 60 grammes. |
| Suie................ | 60 grammes. |
| Extrait de belladone... | 8 grammes. |

On substituerait avec avantage la glycérine à l'axonge.

Les bons effets de la suie sur la marche du cancer portent M. Debreyne à lui reconnaître une action spéciale; aussi pense-t-il qu'il serait logique d'administrer ce médicament à l'intérieur. On l'emploierait sous forme de teinture et d'extrait alcoolique, sous le nom de *fuligine*. (*Rev. de th. méd.-chir.*, janvier 1860.)

**Urate de quinine.** *Nouveau sel fébrifuge.* Partant de ce fait, peu édifiant sans doute par lui-même, mais dont on ne peut en définitive récuser la réalité, que des malades atteints de fièvres intermittentes sur lesquelles le sulfate de quinine avait échoué s'étaient guéris eux-mêmes par l'ingestion d'une certaine quantité de leur propre urine, M. le docteur Péraire, de Bordeaux, à qui la thérapeutique est redevable de quelques formules utiles, a eu l'idée d'employer contre les fièvres rebelles, ainsi que contre les névralgies ou névroses intermittentes, un nouveau sel de sa composition, produit de la combinaison de l'acide urique pur cristallisé avec

la quinine brute. (Voir à la *Pharmacie*, p. 117.)

Voici, d'après des expériences comparatives entre le sulfate et l'urate de quinine, faites par M. Péraire, par M. Armand de Fleury, auteur de la relation dont nous extrayons ces détails, et par quelques autres médecins, quelles sont les différences qui caractérisent ces deux médicaments. Chacun de ces sels possède des propriétés antipériodiques incontestables. Mais là où échoue le sulfate, les faits observés prouvent que l'urate réussit. Le sulfate de quinine administré à doses répétées exerce une réaction fâcheuse sur le cerveau. Son usage prolongé produit bientôt des bourdonnements d'oreille, de la surdité, et une certaine excitation cérébrale, l'ivresse quinique. L'urate de quinine, dont les doses sont toujours plus minimes, en même temps que l'effet en est plus prompt, reste au contraire à l'abri de tels inconvénients Enfin l'amertume de l'urate est notablement moindre que celle du sulfate. Les effets du nouveau sel sont presque exclusivement généraux; sa tolérance est parfaite. Sous le rapport du dosage, l'avantage reste encore à l'urate ; la dose reconnue suffisante par l'expérience est moitié moindre que celle du sulfate de quinine. M. Péraire n'a guère dépassé dans les cas ordinaires celle de 20 à 25 centigrammes par vingt-quatre heures, en potion de 15 à 20 centigrammes, en pilules de 5 centigrammes chaque. Chez les enfants, il a employé des doses encore plus minimes.

On n'a eu que très-rarement à constater des rechutes après l'administration de l'urate de quinine.

Les médecins que nous venons de nommer ont traité généralement avec succès, à l'aide de ce médicament, des fièvres intermittentes primitives, essentielles, quotidiennes et quartes, c'est-à-dire les plus tenaces et les plus rebelles habituellement à l'action des antipériodiques, des fièvres intermittentes symptomatiques de quelque lésion organique grave, des états morbides compliqués d'ataxie, etc.

Voici, du reste, le dénombrement des cas traités avantageusement par ce nouveau médicament :

10 fièvres continues, éphémères et primitives, avec des rémittences sans lésion organique appréciable.

8 fièvres intermittentes à intermission bien prononcée, avec langue muqueuse, amertume de la bouche, anorexie, teinte ictérique, stupeur, assourdissement.

4 cas de fièvres ataxiques; accès nullement réguliers, tantôt continus, tantôt rémittents.

15 fièvres intermittentes à symptômes inflammatoires avec prédominance bilieuse.

6 cas de fièvre quotidienne.

12 cas de fièvre erratique, n'ayant aucun type fixe.

3 cas de fièvre typhoïde avec prédominance ataxique.

2 fièvres typhoïdes avec lésions intestinales caractérisées.

1 cas de fièvre intermittente pernicieuse (remède administré au deuxième accès). (*Monit. des sciences méd.*, janvier 1860.)

---

# VARIÉTÉS.

## ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

### *Bras artificiel, modèle Mathieu.*

Les communications académiques sur ces appareils se multiplient au point de rendre impossible la mention de tous les documents qui se produisent. Leur but semble d'ailleurs servir plutôt des intérêts particuliers que ceux de l'art. Puisque ce sont ces derniers surtout que nous avons en vue, aux notions historiques contenues dans le rapport de M. Magendie, nous devons ajouter celles qui suivent, et que nous empruntons à un feuilleton de *l'Indépendance Belge* sur le bras de M. Roger.

« Ce n'est pas la première fois, tant s'en faut, qu'un bras artificiel a été fabriqué chez nous, et de la façon la plus satisfaisante. Il y avait, en 1761,

La Violette, soldat, en garnison à Bouchain, qui eut le malheur de perdre les deux bras, en chargeant un canon. Ce pauvre homme, ainsi détérioré, n'était plus bon à grand'chose, et il s'en vint prier un mécanicien, appelé M. Laurent, de le soulager dans sa misère. Aussitôt M. Laurent se mit en quête d'un appareil pour la main gauche, car l'épaule droite était fracassée, et sans mouvement. Heureusement qu'au bras gauche il restait assez de moignon pour y poser l'appareil, et voilà le brave La Violette aussi content que si on lui eût donné le bâton de maréchal de France. Il avait retrouvé les divers mouvements de toutes les phalanges, du poignet, du coude ; donc, il buvait, mangeait, prenait du tabac ; il fumait sa pipe, il saluait du chapeau, il portait la main à sa poche pour prendre son argent, quand il avait de l'argent. Il en fit tant que l'Académie des sciences voulut le voir, et lui fit compliment de son habileté. Bien plus, il finit par écrire de sa *main* un placet au roi, pour demander une pension, et le roi écrivit sur le placet : *Bien volontiers.*

« Avant le bras du soldat La Violette, on connaissait déjà le bras fabriqué par le fameux père Sébastien Truchet, carme, pour M. de Gunterfield, gentilhomme suédois, mais M. de Gunterfield avait conservé une grande partie de son bras, et sa main artificielle était bien plus facile à fabriquer Dans ses éloges des académiciens, M. de Fontenelle, avec cet esprit charmant qui ne l'abandonnait guère, a parlé de ces mains construites avec tant d'art, comme une de ces tentatives du génie qui font espérer pour l'avenir une certaine perfection à laquelle, dit-il, nos arrière-neveux atteindront, sans doute. Encore quelques perfectionnements, et Fontenelle aura été vraiment prophète en son pays.

« A l'hôtel des Invalides, sous le ministère de M. Voisin, il y eut un instant où la maison tout entière se vit en proie à un voleur des plus habiles. Les portes les plus solides étaient ouvertes, et refermées comme par enchantement, l'argent disparaissait des bahuts. Il n'était pas un soldat, pas un officier qui fût à l'abri de ces dévastations. Hors de l'hôtel, et dans l'hôtel, toute la police était sur pied, et ne trouvait personne. A la fin, le véritable voleur fut découvert : c'était un invalide que personne ne soupçonnait, car ses deux poings étaient coupés. Quand il se livrait à ses expéditions nocturnes, il enfermait son avant-bras droit dans un étui de bois, où différentes ouvertures étaient pratiquées pour recevoir un rossignol, un crochet, un poinçon. Ainsi armé, ce malintentionné, que nul ne surveillait, était d'une adresse prodigieuse. Il fut condamné à mort par le conseil de guerre, mais Louis XIV lui fit grâce, et l'envoya à Bicêtre, où il devint un des serruriers de la maison. »

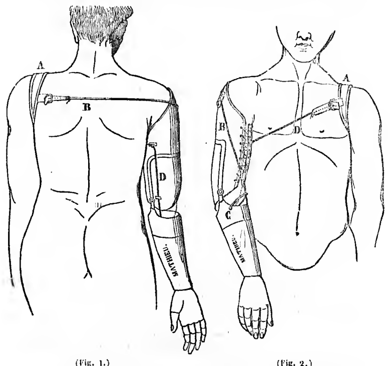
Nous ne croyons pas à toutes ces merveilles que l'histoire nous rapporte, sans nous fournir aucune description de ces appareils ; mais quoiqu'on en dût rabattre, il devait en rester toujours quelque chose qu'il eût fallu nous conserver. Malheureusement, même les plus ingénieux essais prothétiques ont disparu avec leurs auteurs. Ce sera un des grands mérites de notre époque de n'avoir laissé perdre aucun des résultats obtenus dans cette voie ; et la presse pourra revendiquer une bonne part du service rendu.

Le premier effet de la vulgarisation des modèles créés sera d'empêcher les fabricants de perdre leur temps à imaginer des appareils qui ont fonctionné, et ils emploieront désormais leur intelligence et leur zèle à en améliorer le mécanisme et surtout à adapter la disposition des parties aux besoins spéciaux de chaque mutilé. Ainsi, on l'a vu pour M. Roger, c'étaient surtout les mouvements qui concourent à l'expression générale du corps, c'est-à-dire les mou-

vements d'élévation du bras et ceux de pronation du poignet. Nous avons vu comment M. Charrière avait tenté de remplir ces *desiderata*, voici maintenant les résultats du premier essai de M. Mathieu.

« J'essayai plusieurs dispositions et m'arrêtai définitivement à un mécanisme basé sur le développement des épaules, en avant et en arrière, ce développement servant de moteur à l'appareil.

« Mais je dois faire observer tout d'abord que ce mécanisme, exigeant la complète liberté de la poitrine et des épaules, est incompatible avec l'emploi du corset, qui constitue la partie essentielle du système de M. Van Peeterssen.




(Fig. 1.) (Fig. 2.)

« Mon point d'attache est pris sur l'épaule du côté sain, qu'entoure une petite embrasse en peau A (fig 1). Ce point d'attache consiste en une courroie en cuir terminée par une corde à boyau B. Cette corde passe directement d'une épaule à l'autre derrière le dos; elle s'engage dans un coulant fixé à la partie supérieure et externe de l'embauchoir du bras artificiel, qui reçoit le moignon; de là elle descend le long de ce bras B (fig. 2), et vient se fixer à trois points d'attache sur l'avant-bras, un médian et deux latéraux, C.

« Cette disposition subordonne les mouvements du membre artificiel, en totalité ou en partie, à ceux des épaules, et permet de régler à volonté les uns par les autres.

« Une courroie et une corde à boyau semblables à celles décrites ci-dessus, mais passant au devant de la poitrine, D, servent à mettre en communication

l'embrasse et l'avant-bras ; elles permettent les mouvements de pronation et de supination ainsi que ceux des doigts, le bras étant dans une position rectiligne.

« Telles sont les principales dispositions du mécanisme que j'ai imaginé pour le bras de M. Roger. MATHIEU. »

Les modifications de M. Mathieu ont porté surtout sur la disposition des tendons destinés à produire les mouvements de pronation et de supination, auxquels il est arrivé à donner une plus grande étendue. Depuis, l'habile fabricant a complété son œuvre en faisant mouvoir les doigts de son bras artificiel.

Un autre modèle a été produit par un non moins habile fabricant, M. Richard. Nous attendrons la publication du mécanisme de ces appareils complets pour formuler notre jugement.

---

L'Académie des sciences a tenu sa séance annuelle le 30 janvier : nous nous occuperons surtout de la proclamation des prix.

L'Académie a décerné le prix de physiologie à M. Pasteur pour ses travaux sur les fermentations, et une mention honorable à M. Ollier, pour ses expériences sur la transplantation du périoste. Enfin, la Commission a ajourné, pour être jugés l'année prochaine, deux autres travaux, l'un de M. Budge sur le système nerveux, et l'autre de M. L. Corvisart, sur la digestion.

La Commission des prix de médecine et de chirurgie, par l'organe de son rapporteur M. Bernard, n'a pas décerné de prix; elle a accordé des mentions honorables aux auteurs dont les noms suivent par ordre alphabétique :

A M. Béhier, pour son travail intitulé : *Etudes sur la maladie dite fièvre puerpérale*; — à M. Gallois, pour son *Mémoire sur l'oxalate de chaux dans les urines, dans la gravelle et dans les calculs*; — à M. Giraud-Teulon, pour son ouvrage sur les *Principes de la mécanique animale, ou Etude de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés*; — à M. Luschka, pour sa *Monographie sur les hémi-diarthroses du corps humain*; — à M. Le Gendre, pour son *Mémoire sur quelques variétés rares de la hernie crurale*; — à M. Marcé, pour son ouvrage sur la *Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.*

M. BÉHIER. *Etudes sur la maladie dite fièvre puerpérale.* — Dans ces derniers temps, les médecins s'étaient demandé si dans la fièvre puerpérale il y avait constamment des lésions après la mort, car des faits contradictoires avaient été produits dans lesquels ces lésions auraient manqué. On s'était encore demandé quelles étaient ces lésions et quel rôle elles avaient pu jouer dans la maladie. Le travail de M. Béhier a pour objet la solution de ces diverses questions. Médecin du service des femmes en couches dans un des plus grands hôpitaux de Paris, M. Béhier a rassemblé 1,200 observations de fièvre puerpérale, sur lesquelles 85 cas se sont terminés par la mort. Or, dans tous ces cas, M. Béhier a trouvé constamment des lésions utérines, excepté une fois où il y avait bien péritonite, mais où il ne fut pas possible de découvrir de lésion de l'utérus. La maladie de l'utérus consiste en une phlébite avec suppuration qui a son siége dans les veines péri-utérines ou dans les veines qui constituent l'espèce de tissu érectile du col de la matrice.

D'après M. Béhier, la fièvre dite *puerpérale* serait un état primitivement local partant de l'utérus malade et se généralisant ensuite par les veines sous forme d'infection purulente qui, dans les cas graves, constitue le fond de l'état pathologique. M. Béhier a signalé en outre un fait important pour le diagnostic et resté inaperçu avant lui : c'est l'existence d'un gonflement douloureux des annexes de l'utérus chez les femmes qui, paraissant encore peu malades, présenteront cependant plus tard un état grave. Ce signe, existant alors qu'il n'y a encore ni fièvre ni autre symptôme sérieux, est très-utile au médecin pour le mettre immédiatement sur la voie du traitement à employer.

Le travail de M. Béhier est un de ceux qui ont le plus fixé l'attention de la Commission, par l'importance des résultats obtenus et par la manière dont ils

ont été exposés et discutés. C'est pourquoi elle accorde à son auteur une mention honorable de 1,500 francs.

M. Gallois. *De l'oxalate de chaux dans les urines, dans la gravelle et dans les calculs et les sédiments de l'urine.* — On sait que M. Magendie a démontré que la gravelle formée par l'oxalate de chaux pouvait être produite par l'usage trop fréquent de l'oseille comme aliment. Parlant de cette observation, M. Gallois a étudié de nouveau l'influence de cette cause et celle d'autres aliments et de certains médicaments sur la présence de l'oxalate de chaux dans l'urine.

Poursuivant ses recherches sur l'homme malade, il a montré que l'excrétion de ce sel, qui était considérée par plusieurs auteurs comme un état morbide à symptômes définis, et qu'ils ont désigné sous le nom d'*oxalurie*, ne constituait point une maladie distincte, mais un phénomène morbide qui pouvait être observé dans un grand nombre d'affections.

Il résulte des recherches de M. Gallois que l'oxalurie se montre le plus ordinairement dans la dyspepsie, dans la spermatorrhée et dans les affections de la moelle épinière. Il n'est pas rare non plus de rencontrer dans les sédiments de l'urine des cristaux d'oxalate de chaux dans la phthisie pulmonaire, dans le rhumatisme chronique et dans la goutte, bien qu'on trouve beaucoup plus fréquemment de l'acide urique dans le dépôt de l'urine des goutteux.

En comparant entre elles les analyses d'un grand nombre de concrétions urinaires, M. Gallois a remarqué que l'oxalate de chaux était très-fréquemment allié à l'acide urique ou aux urates; or, cette coïncidence, qui a été souvent aussi constatée dans les sédiments urinaires, l'a conduit à penser que l'oxalurie était quelquefois due à une modification des dispositions morbides qui entraînaient l'excrétion de l'acide urique cristallisé.

Enfin, M. Gallois a démontré un fait important, que le meilleur moyen de faire cesser l'excrétion de l'oxalate de chaux par les urines consistait dans l'usage des eaux minérales alcalines.

La Commission a jugé que, en étudiant les conditions dans lesquelles l'oxalate de chaux se rencontre dans les urines, dans les concrétions et dans les sédiments urinaires, M. Gallois a éclairé l'histoire des maladies dans lesquelles ce phénomène morbide s'observe. En conséquence, elle lui accorde une mention honorable de 1,500 francs.

M. Giraud-Teulon. *Principes de mécanique animale.* — L'auteur a traité dans son ouvrage toutes les principales questions de mécanique animale en les soumettant à une analyse claire et à une critique judicieuse. Il examine successivement chez l'homme la théorie de la marche, du saut, l'équilibre de la tête sur le rachis, la théorie de l'équilibre du bassin, etc.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans toutes les discussions qu'il soulève relativement à ces divers points de la mécanique animale chez l'homme et les animaux, car il s'occupe également de la station et du vol chez les oiseaux et de la natation chez les poissons, en se livrant à des parallèles souvent fort instructifs pour la physiologie. La Commission a jugé que M. Giraud-Teulon avait rendu service à la science en résumant, en augmentant quelquefois et en soumettant toujours à une critique bien faite nos connaissances sur la mécanique animale, et c'est en cette considération qu'elle accorde à l'auteur de ces études une mention honorable de 1,500 francs.

M. Le Gendre. *Sur quelques variétés rares de la hernie crurale.* — Ce travail renferme un très-grand nombre de recherches anatomiques. En effet, M. Le Gendre établit d'abord la statistique sur la fréquence de la hernie sur 6,044 cadavres d'adultes ou de vieillards soumis à son observation. Sur ce nombre considérable, il a trouvé seulement 37 cas de hernies crurales, dont 30 cas chez la femme et 7 seulement chez l'homme.

M. Le Gendre donne la description de quatre variétés de la hernie crurale et une classification anatomique et méthodique de ce genre de tumeur. — *Première variété.* La hernie, au moment où elle traverse l'anneau crural, se porte directement en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux, et repose sur le muscle pectiné. L'auteur l'appelle *hernie pectinéale.* — *Deuxième variété.* La tumeur s'échappe à travers une ouverture de l'expansion fibreuse connue sous le nom de *ligament de Gimbernat.* — *Troisième variété.* Elle comprend cette forme de hernie au moment où, traversant plusieurs ouvertures du *fascia crebriformis*, la tumeur présente plusieurs lobes et plusieurs collets. — *Quatrième variété.* Enfin, quand la hernie, après être sortie au-dessous du

ligament de Fallope et après avoir traversé le *fascia crebriformis*, envoie un ou plusieurs prolongements à travers le *fascia superficialis*.

Le mémoire de M. Le Gendre est un bon travail : les faits qu'il a observés, ajoutés à ceux qui existaient déjà dans la science, permettront de donner maintenant une description complète de la hernie crurale.

En conséquence, la Commission accorde à M. Le Gendre une mention honorable de 1,500 francs.

M. Marcé. *Sur la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.* — Dans un travail très-intéressant, M. Marcé a réuni et essayé de coordonner tous les documents épars relatifs à la folie des *femmes enceintes*, des *nouvelles accouchées* et des *nourrices*.

Nous ne pouvons pas suivre ici l'auteur dans les descriptions des diverses formes d'aliénation mentale développées pendant la grossesse ou après l'accouchement. Nous dirons seulement que M. Marcé a contrôlé les documents existant déjà dans la science par un grand nombre de faits qu'il a recueillis lui-même dans les asiles d'aliénés, et à l'aide d'observations inédites qui lui ont été communiquées par plusieurs médecins attachés aux hospices consacrés au traitement de l'aliénation mentale.

Le travail de M. Marcé, par le nombre et l'importance des faits qu'il contient et par les conséquences que l'auteur a déduites de l'observation, a jeté de nouvelles lumières sur un sujet très important de pathologie mentale. La Commission a jugé ce travail digne d'une récompense, et elle accorde à M. Marcé une mention honorable de 1,500 francs.

La Commission croit en outre devoir citer honorablement plusieurs travaux qui ont fixé son attention, savoir :

M. Béraud, 1° pour son Mémoire sur l'anatomie pathologique d'une nouvelle forme de l'hydrocèle; 2° pour ses Recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses; 3° pour son Mémoire sur les diverticulums de la tunique vaginale; — M. Hillairet, pour son travail Sur l'hémorrhagie cérébelleuse; — M. Larcher, pour son travail Sur l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse; — M. Marc d'Espine, pour son Essai analytique de statistique mortuaire et comparée; — M. Piorry, pour son Mémoire sur l'influence des respirations profondes et réitérées dans les maladies du poumon, du cœur et du foie; — MM. Poiseuille et Lefort, pour leur travail Sur la glycogénie; — M. Robin, pour ses travaux Sur les diverses espèces de cataractes; — M. Sappey, pour ses Recherches sur la communication du système veineux abdominal et le système veineux général.

Enfin, aucun des mémoires adressés pour le *prix Bréant* n'a paru digne d'être signalé et la Commission s'est bornée à proposer de prélever sur ce prix la somme de 1,200 francs pour l'impression du mémoire de M. Doyère, auquel elle a accordé l'an dernier le prix annuel.

---

M. le docteur Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité, vient d'être élu membre de l'Académie de médecine par 41 voix contre 39, données à son concurrent M. Regnauld, professeur de pharmacologie à la Faculté.

---

Sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, l'Empereur vient de décerner la croix de la Légion d'honneur à un de nos savants et modestes confrères, M. le docteur Lescarbault, qui a découvert une nouvelle planète. Cette planète est placée si près du soleil qu'on peut l'apercevoir seulement pendant son passage sur le disque de cet astre.

---

Les registres de la Faculté de Strasbourg, clos le 16 janvier dernier, présentent les chiffres suivants, savoir : *Doctorat*. Elèves civils : première année, 44; deuxième année, 27 ; troisième année, 26 ; quatrième année, 17 ; candidats, 50; total, 164. Elèves militaires, deuxième année, 37; troisième année, 33; quatrième année, 30; candidats, 19; total, 119. *Officiers de santé*, 12; auditeurs bénévoles (élèves étrangers), 44; élèves civils qui, pour cause de maladie, ou autre empêchement, n'ont pu s'inscrire, 8.

---

L'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse avait proposé, pour sujet de prix à décerner en 1860, la question suivante : « Faire connaître les résultats positifs dont les expériences physiologiques ont enrichi la médecine clinique depuis le commencement du dix-neuvième siècle. » — Aucun mémoire n'étant parvenu, l'Académie, en vertu de l'article 52 de son règlement, accordera un prix extraordinaire à l'auteur d'un travail sur la question ci-dessus qui lui sera adressé avant le 1er janvier 1861 ou 1862.

---

Le concours pour trois places d'agrégés stagiaires, dans la section de médecine proprement dite, ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, le 1er décembre 1859, s'est terminé par la nomination de MM. Castan, Batlle et Espagne.

---

D'après la nouvelle loi sur la réorganisation de l'instruction publique en Piémont, il a été décrété qu'une chaire spéciale d'oculistique sera instituée à la Faculté médico-chirurgicale de Turin. On nous assure que le docteur Sperino a été désigné pour occuper cette chaire.

---

Le *Moniteur* vient de publier l'avis suivant : « Les médecins-majors de 1re classe, quelle que soit leur ancienneté de grade, et les médecins-majors de 2e classe ayant au moins deux ans de grade, ou qui accompliront cette période de temps avant le 1er avril prochain, aujourd'hui employés dans les corps de troupes et qui désirent passer dans le service des hôpitaux, sont invités : 1° ceux qui, à la suite de la dernière inspection, ont été proposés pour cette position ou ont remis une demande à cet effet aux inspecteurs médicaux, à faire connaître s'ils persistent dans la demande qu'ils ont formée, ou s'ils acceptent les conséquences de la proposition dont ils ont été l'objet ; 2° ceux qui ne se trouvent pas dans l'un de ces deux cas, à formuler une demande écrite, et à l'adresser par la voie hiérarchique au ministre de la guerre (bureau des hôpitaux et des invalides).

« L'adhésion des premiers et la demande des derniers devront parvenir avant le 25 février, terme de rigueur. — Sont considérés comme appartenant aux corps de troupes les médecins-majors des deux classes qui, à l'occasion de la campagne d'Italie, ont été attachés, à titre provisoire et par décision ministérielle, aux services des hôpitaux et des ambulances. — La condition des deux années de grade n'est point imposée aux médecins-majors de 2e classe appartenant à cette catégorie.

« L'époque des examens prescrits par l'article 18 du décret du 23 mars 1852, et que les médecins auxquels il est fait appel auront à subir, sera ultérieurement indiquée, et le programme qui leur servira de base sera rendu public. »

---

Le Conseil de santé des armées, consulté sur l'opportunité de l'ouverture de l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains, pendant la saison d'hiver, a émis un avis favorable sur cette mesure ; il a été arrêté, en conséquence, que cet établissement deviendrait un hôpital permanent, et que les militaires malades qui ont besoin d'être soumis à la médication thermale des eaux d'Amélie-les-Bains y seraient envoyés pendant la saison d'hiver.

---

*Pour les articles non signés*, E. DEBOUT

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Note sur le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle.

Par M. le docteur Duchenne (de Boulogne).

J'appelle *spasme fonctionnel* et *paralysie musculaire fonctionnelle* une affection caractérisée, soit par des contractions pathologiques, continues, douloureuses ou indolentes, soit par des contractions cloniques ou des tremblements, soit enfin par une paralysie; affection qui se manifeste seulement pendant l'exercice de certains mouvements volontaires ou instinctifs, et qui peut siéger dans toutes les régions. C'est ce que je vais démontrer dans les courtes considérations suivantes.

*Le spasme fonctionnel peut établir son siége dans toutes les régions, ou affecter un grand nombre de mouvements fonctionnels volontaires ou instinctifs.* — Le spasme qui est provoqué par l'abus d'une fonction musculaire, et qui ne se montre que pendant l'exercice de cette fonction, a reçu primitivement en Allemagne le nom de *schreibekrampf*, qui signifie *crampe des écrivains*. C'est sous cette dernière dénomination qu'il a été décrit en France. Ces deux dénominations, données par tous les auteurs qui ont écrit sur cette singulière maladie [1], prouvent déjà qu'elle se localise souvent dans les muscles de la main et surtout dans ceux qui concourent à l'action d'écrire.

Tantôt, en effet, c'est un des muscles qui président aux mouvements partiels des phalanges, qui est affecté. Ainsi, j'ai observé un agent de change chez lequel les deux phalanges de l'index se fléchissaient pendant que la première s'étendait sur le premier métacarpien, dès qu'il avait écrit quelques mots. J'ai vu, au contraire, un employé du ministère de la guerre dont les deux premiers doigts se plaçaient dans une attitude opposée, c'est-à-dire que la première phalange était fléchie, tandis que les deux dernières étaient dans l'extension. Les nouvelles notions électro-musculaires apprennent que, dans le premier cas, l'affection siégeait dans les muscles fléchisseurs et exten-

[1] Les auteurs qui ont écrit sur cette affection musculaire sont : MM. Albert, de Bonn; Heifelder, de Saint-Pétersbourg; Kapp, de Hanau; Cazenave, de Bordeaux; Langenbeck, de Berlin, et Stromeyer. ( Ces deux derniers ont pratiqué la ténotomie dans la crampe des écrivains.)

seurs de l'index, tandis que, dans le second, elle existait dans les interosseux de l'index et du médius.

D'autres fois, les muscles qui sont atteints sont ou les supinateurs ou les pronateurs. J'ai actuellement en observation deux malades, dont la main exécute un mouvement de supination sitôt qu'ils ont tracé un mot; de sorte que le bec de leur plume regarde en l'air sans qu'ils puissent s'y opposer.

Ce spasme n'affecte pas seulement la main et les écrivains, comme l'indique son nom; il peut se montrer dans toutes les régions et attaque principalement les mouvements fonctionnels dont on a abusé. J'en ai observé de nombreux exemples dont je ne citerai qu'un petit nombre.

J'ai traité, en 1855, un tailleur dont le bras tournait violemment en dedans, par la contracture de son sous-scapulaire, dès qu'il avait fait quelques points. Il n'éprouvait jamais ces troubles fonctionnels pendant l'exercice de tout autre mouvement.

A côté de ce cas j'en placerai un autre analogue. C'était un maître d'armes dont l'humérus, du côté qui tenait l'épée, tournait en dedans sitôt qu'il se mettait en garde. Il m'avait été présenté par M. Lebled, ancien chef de clinique de M. Rostan.

J'ai vu un tourneur chez lequel les fléchisseurs du pied sur la jambe se contracturaient dès qu'il l'appliquait sur la planche pour faire mouvoir son tour. Cependant, ce phénomène n'apparaissait pas dans les mouvements de la marche ou dans les autres mouvements volontaires.

M. le professeur Andral m'a dit avoir été consulté, en 1855, par un monsieur de Rouen, dont la tête se tourne à droite par la contraction des muscles rotateurs, lorsqu'il veut lire, jusqu'à ce qu'il ait rejeté son livre. Ce monsieur est également atteint de la crampe des écrivains. Il aime passionnément la lecture et en a abusé toute sa vie.

Un savetier éprouvait les mêmes contractures dans les rotateurs droits de la tête, et dans quelques muscles de l'épaule droite et de la face, dès qu'il se mettait au travail.

J'ai été consulté en 1855 par un savant, qui a passé plusieurs années à traduire des manuscrits. Depuis six mois, quand il lisait ou fixait un objet, il éprouvait les accidents suivants : sa vue a toujours été bonne et n'est nullement troublée quand son regard est vague; mais quelques secondes après qu'il a fixé un objet, il voit double. Il est facile de constater alors que ce phénomène morbide dépend de la contracture spasmodique du droit interne de l'œil gauche, contracture qui cesse dès qu'il ne fixe plus.

Un étudiant de Strasbourg, M. V***, se préparant à passer ses examens pour le baccalauréat, s'était livré à un travail forcé et continu. Cette trop grande contention d'esprit et les efforts qu'il faisait pour vaincre le sommeil provoquaient, disait-il, un serrement douloureux dans les tempes, le front et les yeux; ce qui l'avait

forcé de discontinuer ses études. Il ne pouvait se livrer à la lecture sans en être empêché, bientôt après, par le retour de ces phénomènes morbides dont il m'a rendu témoin. J'ai constaté qu'alors ses sourcils étaient élevés par la contracture des frontaux, et que ses paupières se fermaient par la contracture des orbiculaires; que sa face s'injectait et que ses veines temporales étaient gonflées. Cet état a duré plusieurs années et n'était provoqué que par la lecture. Ce jeune homme, que je n'ai pu guérir, s'est suicidé de désespoir.

Je rapporterai bientôt l'histoire d'un paveur dont les deux sterno-mastoïdiens se contracturaient pendant la contraction instinctive des muscles qui maintiennent la tête en équilibre entre la flexion et l'extension. Cette contracture était telle que sa tête se fléchissait avec une force extrême. Il suffisait que sa tête fût appuyée pour que la contracture cessât. Jamais, en effet, celle-ci n'apparaissait quand il était couché ou renversé, la tête appuyée sur le dos d'un fauteuil.

J'ai observé aussi un fait analogue dans un des sterno-mastoïdiens chez une demoiselle. Mais je reviendrai sur ces deux faits quand j'en serai à la question thérapeutique.

Voici maintenant un cas de névrose des mouvements inspirateurs (le plus curieux que j'aie observé) qui me paraît pouvoir être classé seulement dans les spasmes fonctionnels. Je n'en rapporterai que le sommaire. En 1859, j'ai observé chez un curé de campagne les troubles suivants dans le mécanisme de sa respiration : à chaque inspiration, tout le côté gauche de son abdomen se tend et se déprime, pendant que du côté gauche l'épigastre est soulevé normalement. M. Gimelle, membre de l'Académie de médecine, qui me l'avait adressé, avait diagnostiqué une paralysie de la moitié droite du diaphragme, dont j'ai rapporté des exemples dans mon mémoire sur les fonctions de ce muscle; mais cette paralysie n'était qu'apparente : ce trouble de la respiration était dû uniquement à la contraction spasmodique et douloureuse des muscles de l'abdomen du côté droit, et surtout du grand oblique. A chaque inspiration, en effet, on sentait ce muscle se durcir; on distinguait même, à travers la peau, qui était très-amaigrie, la direction de ses faisceaux contracturés. Ce spasme était si violent que le tronc en éprouvait, à chaque inspiration, un mouvement de torsion de droite à gauche. Il était douloureux; c'était une véritable crampe qui durait tout le temps de l'inspiration. Ce conflit, entre les muscles inspirateurs et expirateurs, s'opposait au développement de l'épigastre et de la partie inférieure du thorax, du côté droit, et conséquemment à l'expansion du poumon. Il en résultait que la respiration était extrêmement gênée et que le malade étouffait toujours. Cette affection était apyrétique; c'était une névrose qui, depuis deux ans, résistait à toutes les médications (1).

(1) La faradisation cutanée fit d'abord disparaître pendant quelques heures ce spasme fonctionnel de la respiration. Mais bientôt ce modificateur fut sans action. La faradisation des muscles de l'abdomen du côté opposé produisit un résultat analogue. Je noterai ici que, dès que la contraction artificielle du grand oblique gauche était pratiquée synergiquement avec le spasme de celui

En résumé, les faits que je viens d'exposer démontrent que le spasme fonctionnel peut établir son siége dans un grand nombre de régions, et affecter les mouvements volontaires ou les mouvements instinctifs.

*Le spasme fonctionnel n'est pas toujours une crampe.* — On donne le nom de *crampe* à une contraction musculaire pathologique, continue, involontaire et douloureuse. Souvent, il est vrai, le spasme fonctionnel est une contracture locale, qui dure tant que le malade n'a pas suspendu le mouvement pendant lequel ce phénomène se produit seulement. J'en ai cité plus haut de nombreux exemples, mais assez fréquemment ce sont des tremblements ou des contractions instantanées, comme cloniques, plus ou moins fortes, qui troublent la fonction d'écrire et qui ne surviennent que pendant l'exercice de cette fonction. J'en possède une dizaine d'exemples que je regrette de ne pouvoir rapporter, faute d'espace.

*La douleur n'accompagne pas toujours les troubles fonctionnels que je viens de décrire. Quelquefois la douleur provoquée par la fonction est une névralgie temporaire.* — Un grand nombre de malades m'ont dit n'éprouver aucune souffrance, aucune sensation comparable à celle de la crampe. Mais tous ont accusé de la fatigue dans le membre affecté, quand ils ont voulu persister à exécuter les mouvements volontaires ou instinctifs pendant lesquels avait lieu le désordre fonctionnel dont il est question.

Non-seulement le spasme fonctionnel n'est pas toujours douloureux, mais, quelquefois, la douleur provoquée par l'exercice de la fonction est une sorte de névralgie temporaire. En voici un exemple :

Mlle R***, pianiste d'un grand talent (premier prix du Conservatoire), ne peut jouer quelques minutes sans ressentir une douleur des plus vives dans le membre supérieur droit, le bras et l'avant-bras. Voici comment cette douleur se développe. La force de sa main droite commence à s'affaiblir, puis il survient une douleur qui augmente graduellement, qui paraît suivre le trajet du médian et remonte dans l'épaule; douleur enfin qui force Mlle R*** à abandonner le piano, mais qui ne dure que quelques minutes et ne revient que lorsqu'elle est provoquée par ce même exercice.

---

du côté droit, l'abdomen était déprimé des deux côtés, et le tronc ne tournait plus de droite à gauche. Mais quand le spasme du côté droit avait cessé, la faradisation énergique du grand oblique gauche imprimait au tronc un mouvement de torsion de gauche à droite. Je dus bientôt renoncer à ce mode de traitement dont l'action modificatrice fut bien vite épuisée. Enfin, la faradisation directe et à intermittences rapides des muscles affectés a été également appliquée sans succès.

Cette douleur fonctionnelle ne siége pas dans un muscle; je n'ai pas même vu un seul muscle se contracturer. Mlle R*** avait voulu, disait-elle, se fortifier la main en s'exerçant sur un piano dont les touches étaient très-dures. C'est à la suite de cet exercice qu'est survenue l'affection que je viens de relater, qui date de plusieurs années et qui, jusqu'à ce jour, a résisté à toutes les médications.

*L'exercice de certains mouvements volontaires produit quelquefois la paralysie temporaire d'un ou plusieurs des muscles qui concourent à ces mouvements. Cette paralysie fonctionnelle affecte les mêmes muscles que le spasme fonctionnel.* — Voici un fait pathologique qui démontre l'exactitude de cette proposition.

*Obs.* M. le chanoine X***, secrétaire de Mgr l'évêque de Nevers, vint me consulter en 1852 pour une affection musculaire qui l'empêchait d'écrire et par conséquent de remplir ses fonctions de secrétaire. Je n'exposerai pas les accidents nerveux généraux qu'il éprouva pendant plusieurs années, et dont il paraissait, du reste, guéri. J'en viens tout de suite à l'affection pour laquelle il recourait à mon expérience spéciale. Il n'avait jamais éprouvé la moindre gêne ou faiblesse dans les mouvements des doigts de la main, de l'avant-bras sur le bras, ni même de celui-ci sur l'épaule, lorsqu'en 1851 il commença à ressentir de la fatigue dans l'épaule droite, principalement au niveau de la région scapulaire, quand il avait dû faire une correspondance un peu longue. Cette fatigue alla dès lors en augmentant. Il suffisait pour la produire que M. X*** écrivît quelques lignes; alors il lui était impossible de continuer sa correspondance. « Les doigts, me dit-il, dirigeaient parfaitement la plume; mais quand cette fatigue survenait, après avoir écrit un ou plusieurs mots, la main et l'avant-bras semblaient cloués au bureau. » Un certain temps de repos rendait à M. X*** la faculté d'écrire quelques lignes, puis bientôt apparaissaient les mêmes troubles dans les mouvements. M. X*** me rendit plusieurs fois témoin de ces phénomènes en écrivant sous mes yeux, et je constatai que, lorsqu'il avait tracé quelques lignes, il lui était impossible de faire tourner son bras de dedans en dehors, et en conséquence de faire mouvoir dans la même direction son avant-bras fléchi sur le bras. Aussi devait-il, après chaque mot, tirer de la main gauche le papier de droite à gauche pour écrire le mot suivant.

A la suite de cette observation rapportée dans mon *Traité de l'Electrisation* (p. 45), j'ai fait les remarques suivantes : « M. X*** était atteint d'une variété de la maladie connue sous le nom de *crampe des écrivains*, et qu'il serait tout aussi juste d'appeler quelquefois *paralysie des écrivains*, et dont le siége était, dans ce cas, dans le muscle sous-épineux (1). » Depuis lors, j'ai été con-

(1) J'ai expliqué, à la page 454 de mon livre, le mécanisme des troubles fonctionnels occasionnés par la paralysie du sous-épineux.

sulté par plusieurs malades qui, après avoir tracé quelques mots, se trouvaient arrêtés tout à coup, ne pouvant plus mouvoir les doigts. Ils n'éprouvaient cependant ni contracture, ni spasme musculaire.

J'ai vu aussi un teneur de livres, chez qui l'adducteur du pouce était frappé d'inertie après une ligne ou deux écrites, au point que la plume lui tombait des mains. Il ne pouvait écrire qu'en plaçant sa plume entre l'index et le médius, d'après la méthode américaine. Cependant, ce muscle adducteur pouvait se contracter énergiquement toutes les fois qu'il ne s'agissait pas de tenir la plume pour écrire. J'ai parfaitement analysé ce phénomène et j'affirme qu'il n'existait chez lui aucun spasme musculaire.

L'existence de la paralysie fonctionnelle est donc incontestable. On s'étonnera que les auteurs qui ont fait une étude spéciale du spasme fonctionnel, dit *crampe des écrivains*, aient méconnu ce phénomène morbide.

*Nature de la maladie.* — Est-elle périphérique, c'est-à-dire limitée au muscle dans lequel se manifeste le trouble fonctionnel? Les centres nerveux envoient-ils normalement l'agent nerveux aux muscles, et l'excitabilité nerveuse de ces derniers serait-elle seulement tantôt augmentée (de là les contractures spasmodiques) et tantôt diminuée ou perdue pendant l'exercice de certains mouvements volontaires ou instinctifs?

Ou bien existe-t-il un point des centres nerveux qui, surexcité ou épuisé par l'exercice souvent répété de certaines fonctions musculaires, tantôt fait une décharge nerveuse trop considérable et produit la contracture de certains muscles, tantôt leur envoie la force nerveuse irrégulièrement et occasionne des tremblements et des mouvements convulsifs, tantôt enfin cesse de leur envoyer la force nerveuse, et tout cela seulement pendant l'accomplissement de ces mêmes fonctions musculaires?

Le mécanisme du trouble fonctionnel que je cherche à expliquer doit être l'un des deux derniers. J'avoue que je ne suis pas actuellement en mesure de résoudre cet important problème. Cependant, rationnellement, je penche pour la seconde hypothèse (celle qui fait dépendre les troubles fonctionnels d'un état morbide quelconque d'un point des centres nerveux). Comment, en effet, admettre qu'un muscle serait plus surexcitable et se contracturerait ou s'agiterait convulsivement, ou qu'il aurait perdu son aptitude à réagir sous l'influence de l'excitant nerveux, quand il aurait à remplir certaines fonctions, tandis qu'il se contracterait normalement pour toutes les autres fonctions? Il ne répugne nullement, au contraire, de suppo-

ser que la perturbation règne dans l'acte nerveux central. Cette hypothèse me paraît presque justifiée par l'observation pathologique. En effet, j'ai vu deux sujets qui, ne pouvant plus écrire de la main droite, à cause d'une contracture existant, chez l'un dans le rond pronateur, et chez l'autre dans les muscles de l'éminence thénar, s'étaient exercés à écrire de la main gauche avec assez d'habileté, mais qui, après un certain temps, furent atteints de contracture spasmodique du côté opposé. Chez l'un d'eux, le rond pronateur se contracturait comme celui du côté droit.

Ces faits ne tendent-ils pas à démontrer que l'excitation volontaire, souvent répétée par telle fonction, a non-seulement produit à la longue un état morbide dans un point donné de la moelle, mais qu'elle a étendu son action sur un point voisin et similaire de la moelle? Il faut, en outre, admettre, pour le développement de cette maladie comme pour toutes les autres, une prédisposition particulière; car une foule de gens abusent, par exemple, de la plume, sans être atteints pour cela de ce que l'on appelle la *crampe des écrivains*.

On ne sait rien encore sur l'anatomie pathologique de cette affection musculaire; mais il est probable qu'elle ne laisse après elle aucune trace matérielle de son existence.

Les faits et les considérations exposés dans les paragraphes précédents démontrent, comme je l'ai dit au commencement de cette note, qu'il existe une maladie caractérisée par un spasme douloureux ou indolent (contracture, contractions cloniques, tremblements), ou par une paralysie musculaire; que ces troubles se manifestent seulement pendant l'exercice de certains mouvements volontaires ou instinctifs; enfin, qu'ils peuvent siéger dans des régions fort diverses.

La dénomination de *crampe des écrivains* donne une idée inexacte et incomplète de cette maladie. Celle de *spasme fonctionnel* ou *paralysie musculaire fonctionnelle* me paraît plus propre à désigner les différentes formes de cette affection, et indique qu'elle est provoquée seulement par l'exercice d'une fonction musculaire quelconque. *(La suite au prochain numéro.)*

---

**Note sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des maladies du cerveau chez les enfants.**

Par M. le docteur John Coldstream.

Il y a aujourd'hui plus de vingt ans que l'iodure de potassium a été recommandé par Rœser et d'autres auteurs, comme un remède

d'une utilité spéciale dans l'hydrocéphale. C'est à cette époque que j'ai commencé à en faire usage dans ma pratique, et, convaincu de ses précieux avantages, j'ai continué à l'employer avec une satisfaction toujours croissante. Les résultats que j'en ai obtenus ont été de beaucoup plus favorables que ceux auxquels m'avait habitué l'emploi des émissions sanguines, du calomel et des purgatifs. Ce n'est donc pas sans quelque surprise que je ne trouve aucune indication relative à l'emploi de cet agent dans les auteurs les plus modernes qui traitent des maladies des enfants.

Ma propre expérience m'a cependant conduit depuis longtemps à employer ce médicament d'une manière presque exclusive dans le traitement de ces nombreux accidents de l'enfance, que l'on s'accorde à considérer comme créant une véritable tendance à l'hydrocéphale. Dans tous les cas où la nature des symptômes pouvait me faire croire que l'organe central de l'innervation ou ses enveloppes étaient affectés à un certain degré d'inflammation strumeuse (cérébrite ou méningite tuberculeuse), après avoir purgé modérément les petits malades, et dans quelques cas après avoir appliqué un petit nombre de sangsues à la tête, j'ai l'habitude de prescrire l'iodure de potassium à la dose de 5 à 15 centigrammes, toutes les trois ou quatre heures, en solution dans une eau carminative quelconque, et je continue ainsi à doses qui varient suivant les symptômes pendant plusieurs jours, ou même jusqu'à ce que la convalescence soit pleinement établie, et je suis bien convaincu que, grâce à ce traitement et en y ajoutant parfois des vésicatoires sur le cuir chevelu, j'ai obtenu dans cette maladie des effets plus prompts et plus tranchés que ceux qu'auraient pu me fournir les traitements anciens.

Lorsque j'ai eu l'occasion d'administrer l'iodure de potassium de bonne heure, ce médicament m'a paru dans plusieurs cas arrêter les progrès de la maladie *en très-peu de temps*, de sorte que nous n'avons pas vu survenir les effets formidables de l'épanchement, le strabisme et les convulsions. Dans des circonstances moins favorables, lorsqu'une prostration profonde avait succédé à un violent mouvement fébrile et lorsque les soubresauts des tendons et les convulsions étaient souvent les symptômes prédominants, j'ai vu dans bon nombre de cas l'administration un peu large de l'iodure de potassium être suivie d'amélioration et d'une guérison parfaite. Dans ces cas, et dans d'autres plus avancés encore, j'ai administré l'iodure à plus haute dose, même à la dose de 20 centigrammes, plusieurs fois par jour, et chez des enfants de quatre à huit ans.

Il est très-rare que ce médicament soit refusé par les enfants, et je puis affirmer que je ne l'ai jamais vu augmenter les nausées qui existent si fréquemment dans les premières périodes de la maladie, ni produire un effet fâcheux quelconque ; je n'ai jamais observé en particulier cette salivation que l'on voit survenir dans d'autres circonstances, après l'administration de l'iodure de potassium.

Il semble que le médicament exerce une action particulière sur les reins, mais je ne puis déterminer jusqu'à quel point l'amélioration dans les symptômes cérébraux peut se trouver en relation directe avec la quantité d'urine excrétée.

Bien que je ne conserve aucun doute sur l'utilité plus particulière de l'iodure de potassium dans les cas où il existe un degré plus ou moins élevé de diathèse scrofuleuse, je dois dire que je m'en suis souvent encore bien trouvé dans les cas où cette diathèse n'existe pas, même dans ceux où les accidents semblent avoir suivi des lésions mécaniques, comme cela arrive chez les jeunes enfants. Je ne voudrais pas affirmer toutefois que l'iodure de potassium soit plus utile que le calomel dans tous les cas d'inflammation du cerveau et de ses enveloppes. S'agit-il, par exemple, d'enfants robustes et sanguins, chez lesquels il y a grandement lieu de croire que la maladie du système nerveux est plus ou moins directement liée avec un trouble antérieur des organes digestifs, je ne conserve aucun doute sur l'efficacité plus marquée du traitement mercuriel associé aux antimoniaux et aux substances salines ; mais si, après l'emploi de ces moyens, les symptômes de désordre cérébral continuent, je n'hésite pas à recourir à l'iodure de potassium.

Dans les convulsions qui suivent la dentition, chez les enfants mal nourris, qui vivent dans des localités mal aérées, convulsions qui sont assez souvent suivies d'hydrocéphale, j'ai employé ce médicament avec beaucoup de satisfaction.

J'ai employé aussi, de temps en temps, le protoiodure de mercure suivant les indications d'Evanson et de Maunsell, mais pas avec des résultats plus avantageux que ceux que m'a donnés l'iodure de potassium. Pendant la convalescence, je préfère l'iodure de fer, quelquefois un tonique végétal associé à l'iodure de potassium.

Dans plusieurs cas de méningites graves terminées par la guérison, il m'a paru que l'intelligence avait souffert notablement ; j'ai vu cet affaiblissement des facultés se prolonger quelquefois des années et même rester permanent ; mais en général il diminuait graduellement et ne tardait pas à disparaître.

En venant ainsi rappeler l'attention des médecins sur ce que je

crois un agent thérapeutique des plus efficaces contre une classe formidable de maladies, je ne veux nullement prétendre, ce qui serait d'ailleurs entièrement opposé à l'expérience, que le plus grand nombre des cas de maladies du cerveau dans l'enfant se terminent par la guérison. Mon opinion est, au contraire, que la terminaison funeste est inévitable dans un très-grand nombre de cas, quel que soit le traitement employé. Aux périodes avancées des formes tuberculeuses de ces affections, il ne faut pas espérer de grands avantages de l'emploi de l'iodure de potassium ; mais je suis convaincu, avec Copland, Willshire et M. West, que si l'on s'y prenait de bonne heure, on couperait court aux accidents plus souvent qu'on ne le pense. Ma propre expérience me fait considérer l'iodure de potassium comme l'agent avec lequel on peut le plus facilement se promettre des résultats avantageux, et ma confiance en ce remède, comme le moyen le plus efficace contre les affections tuberculeuses de la tête, est telle, que je persisterais sans hésiter, même dans les cas en apparence désespérés. Il me paraît en effet que, dans les maladies des enfants, il faut continuer le traitement avec persévérance jusqu'à la fin. Je suis d'ailleurs convaincu que l'iodure de potassium ne fera jamais de mal, alors même qu'il échouera.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

**Un mot sur les moyens à employer pour combattre les syncopes, graves suites des hémorrhagies qui surviennent après les opérations chirurgicales.**

Les causes des pertes de sang assez considérables pour compromettre immédiatement la vie des malades placés sous nos yeux sont les accouchements et les opérations chirurgicales. Malgré les soins apportés à l'étude des moyens capables de triompher de ces terribles hémorrhagies, quelques lacunes existent encore. Dans une note publiée l'an dernier (t. LVI, p. 85), nous avons mis en relief les bons résultats que nous avions obtenus de l'emploi du marteau de Mayor et des lavements de vin dans un cas de syncope, suite de pertes utérines considérables. Nous aurions pu citer également un fait à l'appui des mêmes moyens lorsque la syncope a été provoquée par une hémorrhagie traumatique ; mais notre but, à cette époque, était surtout de compléter l'enseignement qui découlait de la communication de notre correspondant, M. le docteur Dutems, sur la transfusion du sang.

Pour remédier aux effets des hémorrhagies utérines, la science n'a encore mis aux mains des hommes de l'art que des moyens souvent insuffisants ou dangereux, comme la transfusion du sang. De sorte qu'un bon nombre de praticiens, lorsque les frictions, la stimulation des fosses nasales, la compression de l'aorte, etc., n'ont pas réussi à rappeler la femme à la vie, se refusent à mettre en œuvre l'injection du sang dans le système vasculaire. Deux motifs sont fournis à l'appui de cette abstention. Le premier allègue les dangers auxquels cette opération expose les malades qui y sont soumises ; le second, que, la syncope mettant fin à la perte de sang, la femme doit toujours revenir à la vie spontanément, ou du moins à l'aide des faibles remèdes habituellement mis en œuvre. Ce dernier motif est des plus erronés; aussi, un de nos zélés collaborateurs, M. le docteur Charrier, si compétent à cet égard, est venu nous dire combien de femmes en couches sont victimes de cette croyance. Sa communication présentait un non moins grand intérêt au point de vue thérapeutique, puisqu'elle ajoutait de nouveaux faits à ceux que nous avions produits à l'appui des ressources sur lesquelles nous appelions l'attention de nos lecteurs.

Quant aux dangers de la transfusion, ils ne sont que trop réels ; toutefois, ils ne sont pas assez considérables pour justifier l'inaction, alors qu'on a mis inutilement en œuvre tous les moyens connus, spécialement la stimulation à l'aide du marteau de Mayor et les lavements de vin. Il faut se rappeler l'axiome de Celse : *An satis præsidium sit, si unicum est.* D'ailleurs, les faits de succès de la transfusion chez les femmes en couches sont aujourd'hui trop nombreux pour qu'on puisse désormais rejeter cette opération. Le chiffre de ces succès a même conduit quelques chirurgiens à tenter la transfusion dans les syncopes graves survenues pendant le cours des opérations. Quoi de plus naturel, en effet, que de tenter de rendre à l'économie l'élément organique dont la perte a provoqué la défaillance? Voyons cependant si les moyens de stimulation, dont l'efficacité a été incontestable chez les femmes, n'auraient pas la même valeur chez les opérés.

Les conditions pathologiques de la femme en couches et celles des individus soumis à une mutilation sont loin d'être les mêmes. La femme en couches, généralement parlant, est dans toute la force de l'âge et la vigueur de sa constitution. L'acte qu'elle accomplit est le but d'une fonction physiologique, et, alors même que sa santé aurait subi quelque atteinte de la durée des vomissements sympathiques de la grossesse, l'hémorrhagie intérieure, quand elle vient à se pro-

duire à la suite du travail, n'en demeure pas moins un accident. On comprend donc qu'un secours énergique, quoique d'une courte durée, puisse ranimer le mouvement vital resté en puissance dans un organisme défaillant.

Il n'en est pas de même pour les individus soumis à une opération. La lésion qui réclame l'intervention chirurgicale est le plus souvent le résultat de l'évolution d'une diathèse. La résistance de l'organisme a été affaiblie par la longue durée de la maladie; si donc l'opéré vient à perdre une assez grande quantité de sang pour éprouver une syncope profonde, ce ne sera plus seulement un secours prompt et énergique qu'il faudra mettre en œuvre, mais surtout des moyens dont la puissance d'action offre de la durée et qui, en outre, pourront être répétés.

Tous les auteurs qui ont étudié sérieusement, et sans parti pris, la valeur de la transfusion comme traitement des syncopes graves, ont fait la remarque du peu de durée des effets de l'injection du sang. Ainsi, pour borner nos citations à un des travaux les plus récents sur ce sujet (Gazette médicale de Paris, t. XII, p. 815), nous y lisons : « Un premier fait universellement constaté, dans tous les cas, dit M. Giraud-Teulon, c'est l'instantanéité des effets produits. » Plus loin, ce savant confrère ajoute : « Après les premiers effets de réveil obtenus, la continuation de l'injection, quand elle a été prolongée, n'a plus produit d'effets utiles. Dans plusieurs cas, elle a probablement été désavantageuse, car presque tous les chirurgiens s'accordent à prescrire une limite peu élevée à la quantité du liquide vital à employer. »

Une autre circonstance fait qu'on ne saurait confondre les effets de l'hémorrhagie utérine et ceux de l'hémorrhagie traumatique : tandis que dans l'une la perte de sang porte sur le système veineux, dans l'autre elle affecte les deux systèmes veineux et artériel. Les travaux modernes ont prouvé que les deux sangs jouissaient chacun d'une influence particulière sur l'incitabilité des organes.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la marche de l'hémorrhagie qui ne vienne différencier les deux ordres de syncopes. Dans l'hémorrhagie utérine, la perte de sang est instantanée, foudroyante; dans l'hémorrhagie traumatique, l'écoulement est généralement beaucoup plus lent. La cause des accidents n'est plus la même; ainsi, tandis qu'à la suite de l'hémorrhagie utérine on voit la syncope survenir par le cœur, c'est par un manque d'incitation du centre nerveux que la défaillance se produit à la suite des hémorrhagies traumatiques.

Interrogeons d'ailleurs les faits : *experientia bonus magister est.*

Notre première remarque doit avoir trait à la grande différence qui existe dans le chiffre des essais. Tandis que les observations de transfusion sont nombreuses dans les cas d'hémorrhagie utérine (elles dépassent 50), c'est à peine si on arrive à rassembler quatre tentatives de cette opération dans les syncopes provoquées par les hémorrhagies traumatiques. Les défaillances ne sont pas moins fréquentes dans l'une et l'autre circonstance. Mais, dans ces derniers essais, on voit les chirurgiens signaler la lenteur des effets de l'injection du sang, ou même douter que la guérison de leur opéré puisse être rapportée à la nouvelle ressource thérapeutique.

Puisque ces faits sont peu connus et que nul n'a encore songé à en apprécier les résultats, nous croyons devoir les réunir. Le premier essai est dû à Blundell, auquel on doit les expérimentations les plus suivies sur la transfusion du sang.

Obs. I. *Hémorrhagie artérielle.— Syncope. — Transfusion tardive. — Mort.* — Un jeune homme, assez fortement musclé, fut conduit à l'hôpital de Guy dans un état de syncope produite par une hémorrhagie due à l'ouverture d'une artère. L'accident, dit Blundell, remontait à deux ou trois heures, lorsque je fus prié de le voir afin de juger de l'opportunité de la transfusion du sang. J'étais absent, et, lorsque j'arrivai à l'hôpital, le malade avait cessé de respirer depuis trois ou quatre minutes. Comme tout était prêt pour l'opération, je la tentai. Aidé de M. Key, j'injectai 16 onces de sang, à l'aide de l'impulseur, dans l'une des veines du pli du bras qui avait été mise à nu avec la lancette ; mais, à l'exception d'un simple soupir, je ne pus saisir aucun signe de retour à la vie. (*Some remarks on the operation of transfusion*, by Blundell, p. 137, 1823.)

La seconde observation est tirée de la pratique de M. Roux et a pour sujet un des blessés des journées de juillet 1830. Ce fait se trouvant rapporté en entier dans l'ouvrage posthume de ce chirurgien : *Quarante années de pratique chirurgicale*, p. 407, nous en publions seulement la partie qui a trait à notre sujet.

Obs. II. *Coup de feu à l'épaule. — Désarticulation du bras. — Hémorrhagie abondante le vingtième jour. — Ligature de l'axillaire au-dessous de la clavicule. — Nouvelles hémorrhagies. — Ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. — Anémie extrêmement abondante nécessitant la transfusion du sang. — Mort quelques instants après cette opération.* — M. Roux oublie de donner l'âge du malade, circonstance importante dans l'espèce ; comme nous assistions à cette opération, nous pouvons réparer cette omission. Le sujet de cette observation était un jeune homme de vingt-deux ans, brun, fort, et d'une excellente constitution. La tentative de M. Roux ne pouvait réussir, car, ainsi qu'il l'indique dans son sommaire, il tentait par l'injection du sang de réparer

une *anémie*. Voici le passage du récit de ce chirurgien : « Le blessé était dans une prostration des plus grandes ; il allait succomber prochainement, dans quelques heures peut-être. Je me flattai de l'idée qu'en lui fournissant une certaine quantité d'un sang frais et riche en principes vivifiants et nutritifs, je pourrais sauver ses jours, ou du moins prolonger son existence. Je n'avais jamais été dans le cas d'observer les effets de la transfusion, ressource extrême, recommandée autrefois, puis abandonnée et qu'on s'efforce en ce moment de remettre en faveur. Ce ne fut pas sans hésitation que je me laissai aller au désir de la faire à ce malheureux qui était presque agonisant. L'un des internes que j'avais alors dans mon service se dévoua et consentit généreusement à être saigné. Toutes les précautions furent prises pour conserver au sang sa température et sa fluidité jusqu'au moment où il put être introduit doucement dans le système veineux du malade, à la faveur d'une ouverture pratiquée à l'une des veines médianes. Mais ces précautions furent vaines et mes vœux superflus. Ce blessé, pour le salut duquel nous avions tant fait, cessa de vivre peu d'instants après qu'on lui eut injecté 500 grammes de sang environ. »

La prostration signalée par M. Roux n'était pas seulement le résultat de l'anémie ; l'autopsie est venue nous révéler une pleuro-pneumonie méconnue pendant la vie du malade. Ce fait se distingue encore par la grande quantité du sang injecté ; l'autopsie permit de constater que ce liquide s'était accumulé dans les cavités droites du cœur, qui en étaient distendues, et dans les grosses veines qui succèdent à la médiane.

Cet homme n'était pas, on le voit, dans les conditions favorables à une bonne expérimentation. Puisque notre but est surtout de signaler les ressources applicables au traitement des syncopes qui surviennent dans le cours des hémorrhagies traumatiques, nous devons rappeler les effets d'une compression de l'aorte tentée sur un blessé de la même catégorie, dont nous avons été également le témoin, et que M. Roux cite dans son ouvrage. Nous reproduisons le passage de cette observation qui a trait à cette pratique (t. VI, p. 406).

Obs. III. *Coup de feu à l'épaule. — Ouverture de l'axillaire. — Hémorrhagie presque foudroyante le sixième jour. — Syncope combattue avec un succès passager par la compression de l'aorte abdominale. — Mort quelques instants après.* — Les hémorrhagies étaient produites par une blessure de l'épaule. A la troisième, qui fut considérable, le malade éprouve une syncope si soudaine qu'il ne peut demander du secours. « Lorsque, à l'heure de la visite, j'approchai de son lit, que je trouvai inondé de sang, il était presque sans pouls ; il avait perdu complétement connaissance ; tout son corps avait la pâleur et le froid de la mort. Cependant, comme il respirait encore, bien qu'à des intervalles assez longs, je formai le

projet de lier l'artère axillaire si je parvenais à ranimer en lui la flamme de la vie qui paraissait près de s'éteindre. Je songeai même à lui rendre, par la transfusion, une partie du sang qu'il avait perdu, car ce malheureux mourait exsangue. On prodigua, mais sans succès, tous les genres de stimulation qu'on dirige communément contre la syncope. En même temps l'idée me vint de réduire de moitié la capacité du système artériel, en comprimant l'aorte abdominale à travers la paroi antérieure de l'abdomen, pour refouler vers le cœur et le cerveau le peu de sang qui se trouvait encore dans la circulation. Ce moyen, qui fut appliqué aussitôt, ne le fut pas sans difficulté, et, bien que le résultat définitif n'ait pas répondu à mon attente, je crois que dans un cas analogue il serait bon encore d'avoir recours à la même manœuvre. Après quelques instants d'une forte compression sur l'aorte abdominale, compression qui devait intercepter le passage du sang dans cette artère, le blessé se ranime; ses joues et ses lèvres se colorent un peu; il recouvre connaissance; il promène ses regards autour de lui; il me reconnaît, répond à quelques questions que je lui adresse, et de lui-même exprime un sentiment de bien-être. Qu'on juge de ma surprise et de ma satisfaction! Je me réjouissais d'avoir été si heureusement inspiré, et je m'occupais déjà des préparatifs pour la ligature de l'artère axillaire. Je me demandais aussi si je ne ferais pas plus encore, pour le salut de ce blessé, en le soumettant à la transfusion. Mais, vains projets! vain espoir! après cinq ou six minutes, le malheureux perdit de nouveau connaissance et ne tarda pas à rendre le dernier soupir. »

On voit encore ici le résultat de cette tendance du chirurgien à appliquer aux syncopes dues aux hémorrhagies traumatiques les remèdes qui triomphent des défaillances produites par les hémorrhagies puerpérales. Mais, nous devons le faire remarquer, la mise en œuvre de la compression n'offre pas la même facilité dans les deux cas et, comme ses bons effets dépendent exclusivement de sa complète exécution, il pourra se présenter telles circonstances anatomiques qui rendront son essai infructueux. Chez la femme, aussitôt l'accouchement, les parois abdominales offrent une telle ampleur et une telle flaccidité, que rien n'est plus facile que de comprimer le vaisseau sur l'angle sacro-vertébrale, et d'une façon aussi complète que possible; aussi les résultats de ce moyen sont-ils souvent des plus remarquables. Lorsque l'hémorrhagie se produit seulement quelques heures après la délivrance, la manœuvre opératoire est déjà moins facile et ses effets moins prompts et moins complets. Or, que doit-il advenir de cet essai chez certains sujets obèses, à masse intestinale volumineuse? Quoi qu'il en soit de la légitimité de cette réserve, la compression de l'aorte abdominale constitue une ressource dont on doit toujours tenter l'emploi, vu son innocuité. Ne peut-on pas d'ailleurs venir en aide à ses résultats par la position déclive du

blessé. Mais revenons à notre sujet, la transfusion. Voici enfin une observation donnée comme fait de succès.

Obs. IV. *Strabisme.—Ténotomie.—Hémorrhagie effrayante.—Transfusion à l'aide d'un instrument particulier. — Guérison.* — « Georges Firmin, âgé de onze ans, fut conduit par son père auprès de M. Lane, pour être guéri d'un strabisme. L'opération, faite d'après le procédé de M. Stromeyer, n'offrit rien de particulier, si ce n'est que l'enfant se trouva mal et que son œil saigna plus que cela n'a lieu ordinairement. Le sang cependant finit par s'arrêter et l'enfant put se promener presque aussitôt après. Le soir, toutefois, l'hémorrhagie reparut et dura plusieurs heures. M. Lane fut prévenu et l'arrêta après une demi-heure de compression. Alors les parents lui apprirent que l'enfant avait été plusieurs fois en danger par des hémorrhagies survenues à l'occasion des plaies les plus insignifiantes. Il y avait quatre ans, il avait été reçu à l'hôpital de Guy pour une hémorrhagie qui, survenue après l'avulsion d'une dent, avait duré quatre jours. Six mois plus tard, il avait été admis dans le même hôpital pour une autre hémorrhagie qu'on n'avait pu arrêter pendant quinze jours, et, peu de temps après, il avait été atteint d'un accident semblable qu'avait causé une petite entaille au doigt, et qui avait été guéri par la compression. En septembre 1839, il était entré à l'hôpital Saint-Georges, pour une affection du genou. Une application de sangsues donna lieu à une hémorrhagie inquiétante, qu'on ne parvint à faire cesser qu'en rapprochant les bords de chaque piqûre par une aiguille et un fil.

« L'opération pratiquée sur l'œil du jeune malade donna également lieu à des hémorrhagies qui offraient toutefois des intermissions. Lorsque le malade se levait et qu'il tombait en syncope, le sang cessait de couler; mais à peine se ranimait-il, que l'hémorrhagie reparaissait, quoique le pouls restât presque insensible au poignet. Le sang était peu coagulable et aussi liquide que s'il était délayé dans de l'eau.

« Le troisième jour l'hémorrhagie fut arrêtée pendant plusieurs heures à l'aide d'applications de poudre de gomme adragante et de la compression, que l'enfant aidait de sa main. La gomme mêlée au sang formait une espèce de pâte plus ou moins dure qui, placée au-devant de l'orbite, arrêtait momentanément l'hémorrhagie que le moindre mouvement suffisait cependant pour renouveler.

« Le quatrième jour, l'enfant vomissait tout ce qu'il prenait et se trouvait dans un état de prostration extrême. L'écoulement sanguin continuait néanmoins et le malade paraissait expirant.

« Le cinquième jour, syncope continue et mouvements convulsifs.

« Les matières contenues dans l'estomac remontaient dans la bouche et le malade n'avait pas la force nécessaire pour les expulser de cette cavité; aussi était-il à chaque moment menacé de suffocation. Ce fut dans cet état de choses que M. Lane proposa la transfusion. Il la pratiqua le sixième jour après l'opération du strabisme. Jusque-là, le sang n'avait pas cessé de couler; la peau

était froide et pâle, et presque comme celle d'un cadavre. Au reste, le pouls était imperceptible au poignet ; les bras et la tête, que les muscles suffisamment forts ne tenaient plus en respect, n'obéissaient qu'à l'action de leur pesanteur.

*Opération.* — « Il était sept heures du soir : MM. Philip et Wirker assistaient à l'opération. L'appareil se composait d'une seringue à bec très-effilé et garnie d'un entonnoir dont le tuyau était fixé perpendiculairement à l'axe de la seringue et vers la base du bec de cet instrument. L'entonnoir est destiné à recevoir le sang et à le verser dans le corps de la seringue. Un mécanisme très-simple permet d'arrêter à volonté l'écoulement du liquide contenu dans l'entonnoir.

« L'opérateu rouvrit une veine du bras qu'il avait préalablement disséquée, comme pour une préparation anatomique. Un stylet d'Anel, passé sous le vaisseau, à l'endroit de son ouverture, était destiné à le soulever et à s'opposer ainsi à l'écoulement du sang. Alors, après avoir plongé l'instrument dans de l'eau chaude et après s'être assuré que son bec s'adaptait d'une manière convenable à l'ouverture de la veine, il le remplit du sang que lui fournit instantanément une jeune femme d'une constitution forte et robuste. L'instrument ainsi disposé, et ayant été d'abord soigneusement débarrassé de l'air qu'il pouvait contenir, il se disposa à en introduire le bec dans l'ouverture de la veine ; mais le sang commençait déjà à se coaguler et il fut obligé de retirer l'appareil et de le laver de nouveau dans de l'eau chaude. Alors, et en prenant cette fois la précaution d'opérer pendant que le sang coulait du bras de la jeune femme dans l'entonnoir et dans la seringue, il en poussa une certaine quantité dans les veines du jeune malade. Pendant l'opération il surveilla attentivement, et à chaque coup de piston, l'état de la respiration et des fonctions du cerveau, d'après les mouvements des côtes, la coloration de la peau, l'injection des yeux, des lèvres, etc. Il injecta ainsi jusqu'à cinq onces et demie de sang, en mettant toutefois un certain intervalle entre chaque coup de piston. Quatre fois l'appareil dut être ôté et lavé, à cause de la tendance du sang à se coaguler. Enfin, lorsque la femme avait déjà perdu dix ou douze onces de sang et que la veine n'en donnait presque plus, M. Lane s'arrêta.

« Les bienfaits de l'opération furent lents à se manifester ; mais le pouls reparut aussitôt à la radiale. Deux heures environ après, l'enfant était beaucoup mieux ; il se leva sur son lit et but un verre d'eau mêlée à du vin qu'il eut la force de porter à la bouche. L'on avait de la peine à croire à ce retour presque miraculeux de la vie à la mort, et en aussi peu d'heures.

« Enfin, le sang ne reparut plus à la plaie de l'œil, l'appétit revint, et l'enfant fut guéri complétement au bout de trois semaines. Après avoir passé quelque temps à la campagne, il revint bien portant et totalement débarrassé de son strabisme. » (*Annales de médecine de Gand*, t. XIX, 1847).

Il est difficile, sur le simple récit d'un fait, de porter un jugement

sur la valeur d'un moyen, surtout lorsque l'état grave du malade a commandé l'emploi des diverses ressources, et qu'à ces secours thérapeutiques vient s'ajouter la réaction spontanée de l'organisme. On a vu l'auteur lui-même faire remarquer la lenteur avec laquelle se manifestèrent les bienfaits de l'opération ; résultat en opposition avec l'observation clinique.

Nous allons voir, dans le fait suivant, le chirurgien, M. le professeur Michaux, de Louvain, se montrer plus réservé sur la part à accorder à l'injection du sang dans la guérison de son malade.

Obs. V. *Hémorrhagie grave à la suite de l'excision d'un polype naso-pharyngien. — Syncope prolongée. — Emploi de la transfusion du sang et des lavements de vin. — Guérison.* — « Un jeune homme de dix-sept ans portait depuis trois ans un polype fibreux naso-pharyngien. Des hémorrhagies souvent répétées et parfois abondantes, la gêne dans la respiration et la déglutition, et quelques maladies intercurrentes avaient considérablement affaibli notre malade. Il était très-anémique. J'ai d'abord essayé la ligature du polype qui ne m'a pas réussi. Après plusieurs explorations, j'estimais que cette production accidentelle devait être attaquée par l'excision combinée à un arrachement modéré, après avoir préalablement créé une voie à travers le voile mobile et la voûte du palais (procédé de M. Nélaton). Toutes les précautions devaient être prises pour prévenir une perte de sang considérable ; l'opération devait donc être faite avec célérité (*citò*) ; aussi elle fut achevée en trois minutes.

« L'excision et l'arrachement du polype furent suivis d'une hémorrhagie foudroyante ; un flot de sang sortait de la bouche. Un cautère chauffé à blanc fut éteint sur l'insertion du polype. Lorsque je voulus faire usage d'un second cautère, je m'aperçus que les yeux tournaient dans l'orbite, et que mon opéré s'affaissait. Tous les assistants crurent qu'il mourait. J'introduisis aussitôt deux doigts dans l'arrière-bouche pour comprimer le point d'où le sang sortait. Je renversai la tête en avant, et je couchai le malade sur le ventre, la tête étant dans la déclivité. Cette position devait empêcher le sang de tomber dans les voies aériennes. Des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer furent successivement portées et maintenues avec les doigts sur la source de l'hémorrhagie. En même temps, je fis ouvrir les fenêtres de mon amphithéâtre ; je jetai de l'eau fraîche sur la face, tandis que mes aides faisaient respirer de l'ammoniaque et pratiquaient des frictions avec la teinture de cannelle, de quinquina, et même avec l'ammoniaque.

« Après avoir employé ces moyens pendant quelques minutes (12 à 15), l'hémorrhagie s'arrêta complétement, et le jeune homme s'éveilla un peu. Je profitai de ce moment pour lui faire avaler trois cuillerées de vin dans lesquelles on avait mis de la teinture de cannelle. Cependant le pouls était à peine perceptible et très-irrégulier, la peau restait froide, les yeux fermés. L'orage était loin d'être passé. Je le fis transporter sur le lit bassiné qui lui avait été préparé dans un cabinet particulier, pour lui continuer les soins.

Des cruchons remplis d'eau chaude furent placés autour du malade; des sinapismes promenés sur la surface du corps, la pommade de Gondret appliquée sur la région précordiale, des frictions sur les points non couverts de sinapismes furent les moyens excitants auxquels nous eûmes recours. Je fis prendre 30 gouttes de laudanum dans de la teinture de cannelle, moyen que j'ai vu employé avec beaucoup de succès par mon collègue et ami M. Hubert, dans les métrorrhagies graves.

« Malgré tous ces moyens, le jeune homme restait froid, le pouls très-petit, les yeux fermés, et le râle des agonisants commençait. La transfusion fut proposée. J'acceptai immédiatement cette idée. Un infirmier bien portant, sanguin, donna bien volontiers de son sang. Je mis à découvert la veine médiane basilique droite sur mon opéré, chez qui les veines du pli du bras étaient peu développées. On saigna l'infirmier; le sang fut recueilli dans un vase plongé dans l'eau chaude, et fut pris au moyen d'une petite seringue en verre pour être injecté doucement dans la veine de l'opéré, que j'avais ouverte longitudinalement. Toutes les précautions furent prises pour que l'air ne fût pas introduit dans la veine, soit par l'injection, soit pendant les intervalles de l'injection; 4 onces de sang environ furent injectées. Le malade parut un peu mieux après la transfusion, mais le mieux était peu marqué. Enfin, nous fîmes passer trois lavements de 4 à 5 onces de vin ordinaire et d'une once d'alcool. Les excitants à la surface de la peau furent continués. J'introduisis une sonde dans le pharynx pour faire avaler un peu de vin et de la teinture de cannelle. On éveillait souvent le malade pour l'encourager, le ranimer et le mettre en quelque sorte en garde contre la mort. Insensiblement la vie revint, et, vers trois heures de relevée, nous avions l'espoir de sauver notre opéré.

« L'opération avait été faite vers dix heures du matin. Le mieux continua, une douce réaction s'établit; on donna du bouillon par la bouche et en lavements, etc.

« Voilà maintenant quatre jours révolus que l'opération a été faite; aucun autre accident que la syncope n'est survenu. »

Tel est le récit que M. Michaux adressait le 5 février 1859 à la Gazette médicale de Paris. Cette communication était provoquée par les remarques que notre savant confrère Giraud-Teulon présentait, dans une de ses revues thérapeutiques, sur la valeur des moyens que nous venions de préconiser, et le chirurgien de Louvain se hâtait de lui adresser le fait ci-dessus à l'appui de son bon témoignage. Mais qu'était-il advenu du malade depuis cette tentative? On sait, en effet, que dans un certain nombre des essais de transfusion on a signalé des accidents provoqués par le traumatisme des veines du pli du coude. Il n'en a rien été dans ce cas. Voici d'ailleurs la fin de cette observation intéressante que M. Michaux nous fait tenir.

« Le jeune homme resta à l'hôpital jusqu'au 20 mars. A cette

date il avait repris des forces, mais il était encore trop faible pour supporter l'acte opératoire nécessaire pour détruire le reste du polype naso-pharyngien. Je renvoyai mon malade à la campagne où il devait trouver un bon air à respirer et un bon régime, car il n'appartenait pas à la classe pauvre de notre contrée. Je l'engageai à revenir nous trouver dès qu'il aurait complétement réparé les pertes de sang qu'il avait subies.

« Le malade rentra à l'hôpital le 20 octobre, et, après plusieurs tentatives infructueuses, je parvins le 5 décembre dernier à enlever complétement le polype en combinant l'excision, l'arrachement, la rugination et la cautérisation actuelle. Aucun accident n'est survenu à la suite de cette dernière opération, qui, je l'espère, aura pour résultat une guérison définitive. — Depuis un an ce malade s'est beaucoup développé. — Le 4 février 1860, après avoir bien exploré la région occupée par le polype et n'ayant trouvé aucune apparence de reproduction morbide, j'ai renvoyé ce jeune homme chez ses parents. »

Les détails de l'observation de M. le professeur Michaux no permettent pas d'inscrire ce fait au profit de la transfusion ; nous n'y trouvons pas cette instantanéité de stimulation qui est le cachet de l'action spéciale de l'injection du sang. Le véritable secours doit être rapporté aux actions stimulantes exercées à la périphérie ainsi qu'aux lavements de vin.

Le savant chirurgien de Louvain termine ainsi sa note : « J'avoue que je n'ai pas pensé au marteau de Mayor, moyen qui m'était cependant très-bien connu ; mais l'ammoniaque, les sinapismes, les frictions ont rempli la même indication. » Nous ne partageons pas cet avis ; la stimulation produite par le marteau de Mayor est bien plus énergique, et les effets en sont surtout beaucoup plus prompts que ceux produits par tous les moyens rappelés par M. Michaux. Les exemples que nous en avons fournis sont trop nombreux pour que nous croyions utiles de les multiplier encore. Il n'en est pas de même des faits à l'appui de l'action des lavements de vin. En voici un nouveau emprunté à notre pratique.

Obs. VI. *Hémorrhagie foudroyante, suite de l'ouverture d'un abcès de l'amygdale. — Compression directe de la plaie à l'aide de pincettes. — Syncope. — Emploi des lavements de vin.—Guérison.* — Un homme d'environ quarante-cinq ans, d'une constitution athlétique, domestique chez un riche propriétaire de la rue des Coutures-Saint-Gervais, était affecté d'un abcès de l'amygdale droite. Le jeune confrère qui lui donnait ses soins ouvre cet abcès à l'aide d'un pharyngotome. Malgré la précaution qu'il avait prise de limiter la course de la lame de l'instrument, celle-ci pénètre dans le plexus sanguin situé en arrière de l'amygdale. Une hémorrhagie foudroyante a lieu ; en moins de dix minutes le malade a perdu

deux grandes cuvettes de sang. Revenu de la stupeur dans laquelle l'avait plongé cet accident, notre confrère porte l'extrémité du doigt indicateur sur la plaie, et parvient ainsi à arrêter l'hémorrhagie. En présence de la gravité des circonstances, le maître de la maison envoie chercher en toute hâte son médecin, Martin-Solon. Celui-ci étant absent, je fus prié de le remplacer. Lorsque j'arrivai rue des Coutures, j'y trouvai un chirurgien de nos amis, M. Thierry, qui habitait dans le voisinage et qu'on avait mandé, ne me voyant pas arriver.

Le malade était encore en état de syncope. Notre premier soin fut de soulager notre confrère, dont la main affectée de crampes ne pouvait plus continuer la compression. Pour remplacer l'action du doigt, nous fîmes choix d'une pincette à feu que nous avions sous la main. Une des palettes de l'instrument, garnie d'agaric, fut glissée dans le fond de la gorge et placée sur la plaie, tandis que la seconde palette vint prendre son point d'appui en arrière de l'angle de la mâchoire sur la partie latérale du cou matelassée de linge. Les deux branches de la pincette furent maintenues rapprochées à l'aide d'un lien. Lorsque nous eûmes paré, de cette façon, au danger le plus pressant, nous dûmes nous occuper de l'état de faiblesse du malade.

Le facies et même les lèvres étaient complétement décolorés; le pouls filiforme; les paupières closes. Les frictions stimulantes, les inhalations de vapeurs de vinaigre, l'application de linges chauds, tous les moyens employés habituellement pour combattre la syncope furent mis en œuvre avec énergie et persévérance. La perte de sang avait été trop considérable pour que ses effets cédassent promptement. Le malade ne pouvant avaler, M. Thierry proposa de lui faire prendre un peu de vin à l'aide d'une sonde œsophagienne. L'instrument nous faisait défaut et nous n'avions pas de temps à perdre. Je donnai la préférence à l'injection rectale; c'était d'ailleurs une pratique que les personnes qui entouraient le malade pourraient répéter, si besoin était. Le malade avait été mis au lit et entouré de bouteilles d'eau chaude; un premier quart de lavement, composé d'environ 120 grammes de bon vin de Bordeaux et de 30 grammes de vieille eau-de-vie, lui fut administré immédiatement, et des linges chauds furent appliqués sur le ventre. En moins d'un quart d'heure cet homme ouvrit les yeux, ses mouvements respiratoires devinrent un peu plus amples, le pouls moins misérable. Un second lavement lui fut donné au bout d'une demi-heure, puis un troisième après cinq quarts d'heure. A ce moment, le malade était complétement revenu à lui, et nous le quittâmes dégagé de toute inquiétude quant aux suites de son accident.

Dans l'après-midi, je remplaçai les pincettes à feu par une petite pince de quelques pouces de longueur qu'un serrurier voisin avait forgée. On continua à administrer toutes les heures un quart de lavement : je les fis préparer alors avec parties égales de vin et de bouillon. Dans la soirée, afin d'assurer le repos de la nuit, on ajouta 30 gouttes de laudanum au dernier lavement.

Le lendemain, j'enlovai l'instrument compresseur et le malade

put boire avec précaution de petites quantités de vin et de bouillon. Les jours suivants, des potages et des aliments plus substantiels lui furent permis. A la fin de la semaine, sous l'influence d'un régime réparateur, il ne conservait plus de son accident que le souvenir.

J'ai revu cet homme à diverses reprises et pendant plusieurs années, et sa santé robuste n'a été altérée en rien par ce grave accident.

Il est impossible de nier les bons et rapides effets des lavements de vin, et dans ce fait et dans celui de M. Michaux. Il en sera de même toutes les fois qu'on aura seulement à maintenir une vie défaillante. Mais le problème est tout autre, alors que les mouvements du cœur ont cessé d'être perceptibles. Ici le secours doit être plus énergique, et surtout d'une action plus prompte.

Auquel donner tout d'abord la préférence : à la transfusion du sang ou à l'emploi du marteau de Mayor ?

De tous les moyens de traitement à opposer aux syncopes graves, un de ceux qui semblent les plus rationnels est l'injection du sang dans les veines. Quoi de mieux indiqué, en apparence, que de rendre à l'économie l'élément organique dont la perte a provoqué la défaillance ? Mais la transfusion ne satisfait par là qu'à une des conditions des moyenst hérapeutiques. *Duo sunt cardines medicinæ : ratio et observatio.*

L'observation des faits prouve que cette opération, n'apportant qu'un secours d'une courte durée, ne saurait être mise en œuvre fructueusement dans les défaillances des opérés.

Il en serait autrement, je le pense du moins, de l'action du marteau de Mayor, et nous avons fourni dans ce journal trop d'exemples de malades agonisants et rendus à la vie par l'emploi de ce moyen, pour que nos lecteurs ne partagent pas notre opinion à cet égard. L'innocuité relative de ce mode de stimulation lui fera donner la préférence sur la transfusion, et ce sera seulement dans le cas d'insuccès de cette ressource que l'essai de l'injection du sang se trouvera légitimée.

De la discussion des faits, nous pouvons conclure que :

1° La syncope provoquée par les hémorrhagies traumatiques, en raison de la nature du sang perdu et de son écoulement plus lent, constitue un accident plus grave que les défaillances qui suivent les hémorrhagies utérines ; par conséquent, de ce qu'un moyen réussit dans celles-ci, ce n'est pas à dire qu'il doive être mis en œuvre dans celles-là.

2° La syncope dans les hémorrhagies traumatiques étant surtout

le résultat du manque d'incitation du centre nerveux, la position déclive du corps de l'opéré qui facilite l'abord du sang au cerveau, ainsi que la compression abdominale qui diminue le cercle de la circulation, contribueront à fournir un secours plus précieux.

3° Comme c'est l'énergie et la durée de l'intervention thérapeutique qu'il faut surtout chercher, on devra ajouter à l'action physique des moyens ci-dessus la stimulation due aux applications du marteau Mayor, et seconder leurs effets par l'emploi des lavements de vin.

La gravité de l'accident est souvent telle, que ce ne sera pas trop du concours de tous ces remèdes pour ramener et maintenir la vie.

DEBOUT.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Formules diverses.

La Gazette médicale de Lyon continue la publication des meilleures formules dues aux médecins de cette ville.

*Vin blanc emménagogue du docteur Bonnet.*

| | |
|---|---|
| Vin blanc sec............................ | 500 grammes. |
| Teinture de safran............................ | 20 grammes. |
| Esprit de Mindererus............................ | 20 grammes. |
| Sirop d'armoises............................ | 125 grammes. |

Un petit verre à liqueur deux fois par jour ; très-efficace, surtout chez les jeunes filles ou les femmes qui souffrent, soit de dysménorrhée, soit de menstruations trop peu abondantes.

*Pilules antinévralgiques du docteur Boiron.*

| | |
|---|---|
| Musc........................ | 10 centigrammes. |
| Extrait de digitale.............. | 20 centigrammes. |
| Extrait thébaïque.............. | 5 centigrammes. |

pour deux pilules. Une seule, administrée pendant l'accès névralgique, le calme comme par enchantement. Les extraits, à cause de leur mollesse, exigent 15 centigrammes de poudre inerte ; aussi M. Parisel fait remarquer que cette formule devrait fournir de 4 à 8 pilules. Ainsi divisée, la dose du médicament pourrait être mieux appropriée à l'âge des malades.

Cette formule rappelle celle des pilules musquées de Hunter.

*Formules contre le psoriasis palmaire syphilitique.*

| | |
|---|---|
| Pr. Alcool........................ | 65 grammes. |
| Sublimé........................ | 5 grammes. |

Une cuillerée pour un bain, soir et matin, dans une demi-cuvette d'eau tiède.

Après le bain, faire une friction avec la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Axonge | 50 grammes. |
| Sublimé | 4 grammes. |

*Pommade contre le pityriasis du cuir chevelu.*

| | |
|---|---|
| Pr. Axonge | 30 grammes. |
| Soufre sublimé | 4 grammes. |
| Calomel | 4 grammes. |
| Eau de laurier-cerise | 5 grammes. |

Une onction chaque soir.

*Collyre cathérétique.*

| | |
|---|---|
| Pr. Eau de roses | 10 grammes. |
| Pierre divine | 5 centigrammes. |
| Laudanum | 5 gouttes. |

Instillez 2 ou 3 gouttes chaque soir entre les paupières.

Ce collyre est indiqué : 1° dans les ophthalmies chroniques ; 2° les kératites anciennes ; 3° les inflammations oculaires aiguës ; 4° les taies du genre du néphélion et de l'albugo.

---

**Formules contre la dyssenterie.**

*Potion.*

M. le docteur Paillou a employé avec succès dans le traitement de la dyssenterie la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Pr. Acide chlorhydrique | 1 gramme. |
| Perchlorure de fer | 1 gramme. |
| Eau de fleur d'oranger | 60 grammes. |
| Sirop simple | 60 grammes. |
| Sirop d'extrait thébaïque | 30 grammes. |

F. S. A. à prendre par cuillerée à bouche de deux heures en deux heures, et dans la convalescence par cuillerée à bouche avant chaque repas.

*Lavement aluné.*

M. le docteur Valérius (d'Arlon) signale comme lui ayant donné les meilleurs résultats l'alun en lavement. Mais il faut que l'action irritante de cet agent thérapeutique soit tempérée par l'adjonction de l'amidon, de l'opium et de la valériane.

| | |
|---|---|
| Pr. Alun cru | 8 à 12 grammes. |
| Extrait de valériane | 4 grammes. |
| Laudanum | 1 gramme. |
| Amidon | 30 grammes. |
| Décoction de guimauve | 500 grammes. |

Pour deux lavements à prendre dans les vingt-quatre heures.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Note sur des phénomènes insidieux dus à l'albuminurie et sur le traitement de la chlorose albuminurique.**

L'albuminurie réclame encore de nombreuses études, je vais en fournir la preuve. Voici une jeune fille qui a les membres supérieurs œdémateux, la figure bouffie, les yeux amaurotiques ; l'ophthalmoscope révèle les lésions d'une amaurose albuminurique. J'examine les urines, et je trouve quoi ? pas un atome d'albumine. Mais en me renseignant sur le passé de cette jeune fille, j'apprends qu'elle a été atteinte d'angine couenneuse il y a six mois.

Une fermière des marais de la Vendée se marie et accouche à terme. Trois semaines après son accouchement, elle est prise d'œdème aux jambes ; son médecin est rappelé, la purge et la guérit ; mais un malaise général ne tarde pas à se manifester ; bientôt elle est prise de polyurie ; elle se lève dix fois par nuit ; elle a une soif ardente et boit beaucoup ; l'on croit au diabète, et son propriétaire l'engage d'autant plus à venir me trouver qu'elle perd la vue. Le pouls est vif et petit, l'amaurose est déjà grave, les phosphènes sont difficiles mais perçus ; l'aspect de la vitre ganglionnaire appelée *rétine* est absolument celui de l'amaurose albuminurique, et je déclare la malade albuminurique. Cependant, pour l'acquit de ma conscience, je demande des urines. Elles sont boueuses, blanchâtres, laissent déposer beaucoup de mucus coupé par une raie rose d'acide urique. Le liquide qui surnage est limpide comme de l'eau, ne contient pas un atome de sucre, mais beaucoup d'albumine. Au bout de trois jours, la polyurie avait cessé ; la malade ne se levait plus la nuit. Le douzième jour, il n'y avait plus d'albumine dans les urines ; l'amaurose est arrivée dans le même temps à l'état de simple amblyopie. Mais un mois plus tard, la rétine était encore malade et l'amblyopie n'avait pas entièrement disparu.

Voici le traitement que j'ai mis en usage. J'ai fait prendre tous les jours un litre de la tisane suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Eau gommeuse sucrée | 1000 grammes. |
| | Acide azotique, d'abord 30 gouttes, et ensuite... | 40 gouttes. |

De plus, à chaque repas, j'ai fait prendre dans la boisson ordinaire une cuillerée à café de la potion suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Eau | 100 grammes. |
| | Iodure de potassium | 5 grammes. |
| | Chlorhydrate d'ammoniaque | 1 gramme. |
| | Tartrate ferrico-potassique | 1gr,50 |

C'est là ma formule générale de traitement.

C'est l'empirisme qui m'a conduit, il y a déjà longtemps, à employer l'acide nitrique. J'étais alors, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, chef du service des salles 12, 12 bis et 13, et le trop plein de la Maternité refluait alors sur ce service. Je me suis très-bien trouvé de l'acide nitrique et j'ai continué. Je faisais fréquemment ce que les élèves appelaient *la procession des pots de chambre*, et mes albuminuriques n'en allaient pas plus mal. C'est alors que j'ai reconnu la concomitance de cette maladie, non-seulement avec l'amaurose, mais encore avec l'ulcère de la face postérieure de la cornée, et même avec la cataracte sans amaurose. C'est alors que j'ai reconnu encore qu'elle produit souvent l'œdème du poumon, et qu'elle rend incurables certaines chloroses qui guérissent très-bien quand on en tient compte.

Voici une autre forme insidieuse de l'albuminurie. « Mme ***, m'écrit son mari, propriétaire poitevin, âgée de vingt-trois ans, a fait une fausse couche à six mois. Elle est, vous le savez, délicate, un peu chlorotique. Trois semaines après cet accident, elle a eu les chevilles des pieds fort enflées. Nous avons rappelé notre médecin qui lui a donné un purgatif, du calomel et je ne sais quoi : cela a très-bien réussi. Quinze jours plus tard elle était enrhumée sans cause connue ; notre médecin l'a auscultée avec soin ; il a cru reconnaître un œdème. Nous avons demandé un consultant qui a cru à une tuberculisation. Mme *** a été très-souffrante. Du kermès, de l'huile de foie de morue, du fer, voilà les principaux remèdes employés. Les médecins n'étaient pas bien d'accord sur la nature de la maladie ; ils l'ont été tout à fait sur le traitement, qui a réussi assez bien ; mais voici du nouveau : un trouble épais à la partie postérieure de la cornée. Qu'en pensez-vous ? Mme *** est bien fatiguée pour que je vous la conduise. »

*Réponse.* « Je présume que Mme *** a eu aux jambes un premier œdème albuminurique, un second au poumon, et que son ulcère de la partie postérieure de la cornée est dû à cette cause. Faites essayer les urines, et, si elles sont albuminuriques, priez vos médecins, auxquels vous soumettrez cette lettre, d'ajouter à leur traitement un litre de tisane gommeuse sucrée, avec addition de 40 gouttes d'acide azotique par jour. » Cette jeune dame était chloro-albuminurique : aujourd'hui elle est guérie.

Voici une autre jeune dame dans les mêmes conditions que la précédente, qui accouche aussi avant terme, devient œdémateuse aux jambes, subit un léger traitement, guérit de cet œdème, est prise d'un catarrhe intense selon les uns, d'œdème pulmonaire d'après un autre confrère, puis, plus tard, d'amaurose. C'est alors que je suis

consulté chez moi par cette jeune dame. Selon mon habitude, je procède à son examen avant de l'interroger. Grande fut sa surprise quand je lui dis, en déposant mon ophthalmoscope, qui venait de m'éclairer sur sa maladie : « Vous êtes albuminurique. Voudriez-vous me raconter le passé de vos misères? » C'est alors que j'appris ses antécédents. Soumise au même traitement que la fermière vendéenne dont j'ai parlé plus haut, elle a guéri, et plus rapidement encore. Elle m'en a instruit elle-même par une de ces lettres charmantes que les femmes seules savent écrire.

M. N***, de Montreuil-Bellay, près Saumur, m'amène sa femme, atteinte d'une chlorose très-rebelle : ainsi me dit-il en me la présentant. Il ajoute que la vue diminue chaque jour. Les phosphènes sont bons; la choroïde est congestionée, et l'ophthalmoscope indique qu'il existe dans la rétine beaucoup de parties troubles et incapables de voir nettement. « Madame, lui dis-je, vous rendez dans vos urines le sérum de votre sang, je le crois du moins, et je voudrais vérifier mon diagnostic.—Impossible, monsieur, je repars pour Saumur par le premier train. » J'écrivis alors une consultation très-détaillée, en priant de la mettre sous les yeux du médecin ordinaire aussitôt le retour. Dès le lendemain, mon confrère essayait les urines chez un pharmacien de Saumur ; elles étaient albuminuriques. Le traitement conseillé a été exécuté et a parfaitement réussi. Amené à Angers par ses affaires, le mari est venu jusqu'à Nantes pour me remercier.

Il y a deux ans, une femme de Chateaubriant, atteinte d'amaurose, d'œdème des poumons et d'albuminurie, assez récemment accouchée, me fut adressée par un médecin de cette ville que nous avons eu le malheur de perdre. Je reconnus facilement l'albuminurie, mais mon traitement a complétement échoué. De retour chez elle, cette pauvre femme a été soignée sans plus de succès par mon confrère de Chateaubriant, et elle l'a précédé dans la tombe.

Au mois de décembre dernier, un père de famille, mon ami intime, qui avait sa fille aînée très-malade à la suite de couches, m'envoya une note de son médecin, un petit exposé en une page, écrit avec un remarquable talent, plein de netteté et de précision. Il y avait eu d'abord œdème aux membres inférieurs, et le médecin avait constaté plus tard un œdème du poumon. Il tenait à son diagnostic, malgré divers épiphénomènes qui pouvaient donner des doutes sur une phthisie. Je lui écrivis, en le priant de faire analyser les urines. Il eut l'obligeance de me répondre aussitôt qu'elles étaient albuminuriques. Il s'est empressé de modifier son traitement d'après ce fait, et la malade va beaucoup mieux.

J'avais encore à Nantes, il y a huit jours, une dame étrangère atteinte d'amaurose albuminurique, qui présentait les symptômes d'une diabétique et m'avait été adressée comme telle. L'ophthalmoscope signala l'état albuminurique de la rétine, et l'analyse confirma le diagnostic. Les urines ne contenaient pas un atome de sucre.

J'ai signalé, il y a trois ans, des faits d'albuminurie et de maladies oculaires concomitantes chez des jeunes filles mal réglées. Les Annales d'oculistique de Bruxelles les ont enregistrés. Puissent ces faits servir aux praticiens; puisse cette note contribuer à appeler l'attention sur l'examen des urines et sur l'albuminurie.

A. Guépin, D.-M.
à Nantes (Loire-Inférieure).

## BIBLIOGRAPHIE.

*Du traitement hydrothérapique des fièvres intermittentes de tous les types et de tous les pays, récentes ou anciennes et rebelles*, par M. Louis Fleury, médecin de l'Empereur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de la Légion d'honneur, commandeur de la Couronne de chêne (Pays-Bas), chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique), de l'ordre du Sauveur (Grèce), etc.

Il y a dans la manière de M. Fleury quelque chose d'agressif qui nuit à la fortune de ses idées. Nous avions oublié que déjà ici même nous avions dit un mot du *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie* du même auteur; mais en lisant ce nouveau livre de notre savant confrère, nous nous le sommes immédiatement rappelé; l'impression de cette seconde lecture a ravivé celle de la première, que nous avions cru devoir taire : dans l'intérêt même de l'auteur, dans un intérêt plus grave encore, celui de la science, que son esprit hardi, sagace, nous paraît appelé à servir, nous serons aujourd'hui moins circonspect, et, nous le répétons, il y a dans la manière de M. Fleury quelque chose d'agressif qui nuit à la fortune de ses idées. Pourquoi, par exemple, aujourd'hui surtout qu'il n'est plus, s'attaquer encore à M. Begin, suspecter son indépendance et s'obstiner à voir dans l'opposition qu'il fit à l'introduction dans les hôpitaux militaires de la méthode hydrothérapique pour combattre les fièvres intermittentes, une opposition systématique, injuste ? Le dirons-nous, ce que M. Begin et le conseil de santé militaire ont fait, lorsqu'ils furent saisis de cette question un peu à la russe peut-être, nous l'eussions fait nous-même, car nous le ferions encore aujourd'hui, bien que, nous le reconnaissons, depuis cette époque cette question ait fait un pas décisif. Cette façon abrupte

d'imposer aux hommes, même une idée vraie, nous est toujours suspecte : il semble que quand un savant a sous la main une vérité, fort du sentiment de sa conquête, il doive être plus disposé à faire crédit au temps. La conviction de M. Fleury est entière, profonde; cela ressort évidemment de tout ce qu'il écrit : s'il manque de la mesure qui brille dans tous ses livres par son absence, c'est qu'il ne compte pas avec les lenteurs nécessaires de la logique humaine pure affaire de tempérament !

Quoi qu'il en soit à cet égard, il nous paraît impossible, en face du livre que nous avons sous les yeux, de révoquer en doute l'efficacité de l'hydrothérapie appliquée au traitement des fièvres intermittentes. Mais cette efficacité est-elle absolue, se montre-t-elle également, ainsi que l'affirme notre impétueux confrère, dans les intermittentes de tous les types et de tous les pays, récentes ou anciennes et rebelles ? Ainsi posée, la question, nous n'hésitons point à le dire, ne nous paraît pas encore résolue. Quand il s'agit d'apprécier l'influence d'une méthode thérapeutique sur des fièvres de l'ordre de celles dont nous parlons en ce moment, il ne faut pas oublier d'abord que beaucoup de ces fièvres tendent à disparaître spontanément, par le seul fait du jeu régulier de la vie; et puis, que cet effort autonomique de l'organisme à s'affranchir d'une influence morbide, il y a bien plus de chance de le voir se développer avec toute son énergie, quand on change brusquement l'ensemble des conditions au milieu desquelles vivent les malades et où peut-être ils ont contracté les habitudes morbides qu'il s'agit de rompre. N'est-ce rien, à ce point de vue, que de passer sans transition de la vie au milieu de l'atmosphère de Paris, des hôpitaux même, à la vie sur l'admirable plateau de Meudon, où l'on a de l'air, de la lumière à discrétion ? Si nous ajoutons à ces conditions heureuses tout le confortable qu'y sait ajouter un homme instruit, qui a plus de souci de la gloire que de l'argent, la régularité des repas, l'influence même d'un esprit ardent, sympathique, et qui ne doute pas, sur l'esprit des malades; si, dis-je, nous faisons état de ces influences complexes, il est évident qu'il nous faudra uu beaucoup plus grand nombre de faits que ceux que l'on a cités jusqu'ici, pour établir scientifiquement l'efficacité infaillible de la méthode que l'on préconise ici.

Nous ne pouvons que marquer d'un trait rapide l'objection qui se présente immédiatement à l'esprit, en face de l'affirmation si explicite de M. le docteur Fleury; nous ne la développerons pas : cela nous conduirait beaucoup trop loin, attendu que nous prévoyons

tout ce qu'on pourrait nous répondre, et qu'il nous faudrait, chemin faisant, renverser ces difficultés. Mais si, dans notre humble opinion, une si admirable thèse n'est pas démontrée, il n'en est pas de même lorsqu'on la décompose, et qu'on se pose la même question sur quelques-uns de ses éléments. Ainsi, est-il vrai que la médication hydrothérapique, appliquée suivant la méthode de M. Fleury au traitement des fièvres intermittentes anciennes, rebelles, soit une méthode efficace, et nécessaire, sinon toujours, ce que nous ne savons pas, mais au moins dans un certain nombre de cas, là même où le quinquina et ses alcaloïdes ont échoué, cela est-il vrai? A cette question ainsi limitée, nous n'hésitons pas, pour nous, à répondre de la manière la plus catégoriquement affirmative.

Maintenant, si quelque esprit, prenant l'uniformité pour l'ordre, confondant la forme avec le fond, voyait dans cette dernière affirmation une contradiction aux doutes fort explicites que nous avons tout d'abord exprimés, nous répondrions deux choses : la première, c'est qu'il n'y a pas d'objection contre des faits, et que ces faits, on les trouve nombreux, saisissants, parfaitement dessinés dans l'ouvrage de notre très-intelligent confrère : la seconde, c'est que quand l'impaludation a agi à ce point sur l'économie vivante, que le sang est profondément altéré dans sa composition normale, que des congestions diverses constantes ont enchaîné les principales sécrétions de l'économie, que le système nerveux mal nourri divague, que les forces déclinent, etc., c'est qu'alors, répétons-nous, c'est tout autre chose que la fièvre qu'on a sous les yeux, c'est la vie tout entière hors de ses voies, et l'on comprend que la perturbation, le coup de fouet hydrothérapique puisse réussir, doive réussir même, là où le quinquina a perdu son opportunité.

Il ne nous appartient en aucune façon de nous poser en conseiller vis-à-vis d'un nom tel que M. Fleury; nous désirerions pourtant que ce médecin habile ne compromît pas ce qu'il y a de vrai dans sa conception, et d'utile, en l'exagérant : « A prendre trop d'élan, on dépasse parfois le but. » Que M. Fleury donc se tempère, qu'il poursuive sa démonstration, en concentrant ses recherches sur le point bien délimité que nous venons d'indiquer, et où la vérité commence déjà à poindre d'une manière si manifeste, et nous sommes convaincu, s'il réussit dans son entreprise, que son nom aura conquis une place honorable dans l'histoire de la science : mais, nous le répétons, qu'il se tempère, qu'il ne soit pas l'esclave du dieu que maintenant on appelle une *névrose;* en marchant avec plus de calme, il marchera plus droit, puis il arrivera plus tôt.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

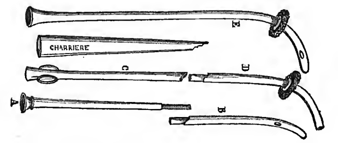
Observation d'angine diphthéritique et de croup chez un enfant. — Cathétérisme laryngien. — Guérison. — Quelques remarques sur la valeur et les indications thérapeutiques du cathétérisme laryngien. — Le moment n'est peut-être pas encore venu de se prononcer d'une manière définitive sur le traitement recommandé et mis en usage avec succès dans certains cas de croup par M. Loiseau, traitement qui consiste, nos lecteurs se le rappellent, en insufflations d'alun et de tannin et en injections dans le larynx, pratiquées avec un tube métallique porté à travers la bouche dans le conduit aérien. Nous croyons cependant utile de porter à la connaissance de nos lecteurs les résultats que l'expérimentation de ce traitement a donnés dans le service de M. Bouvier et de M. Roger à l'hôpital des Enfants, tels qu'ils ont été consignés dans la thèse d'un de ses élèves, M. Collin.

Ces résultats, au premier abord, ne semblent pas extrêmement satisfaisants; car, sur les huit cas que nous y trouvons consignés, il n'y a que quatre guérisons. De ces quatre guérisons, deux ont été obtenues par la trachéotomie, le cathétérisme s'étant montré ou ayant paru insuffisant pour conjurer les accidents; et une troisième guérison ne semble pas se rapporter à un véritable croup. Si nous entrons cependant dans l'examen des faits, rien ne prouve non plus que le cathétérisme laryngien se soit montré un moyen sans valeur; car de ces huit cas de mort il en est trois qu'il faut rapporter à l'intoxication diphthéritique, et dans l'état actuel de la science nous ne connaissons aucun moyen qui puisse être opposé à cette intoxication. Reste donc à savoir si la trachéotomie était aussi urgente qu'elle a paru l'être aux personnes qui l'ont pratiquée, dans les deux cas où la trachéotomie a conduit à bonne fin le traitement commencé par le cathétérisme. Or, dans l'un de ces faits, relatif à un enfant de cinq ans entré à l'hôpital après huit jours de maladie, ayant depuis la veille seulement la toux croupale et la voix éteinte, mais n'ayant pas eu d'accès de suffocation, un seul cathétérisme est pratiqué dans l'après-midi, et la nuit suivante, effrayé d'un violent accès de suffocation, l'interne de garde pratique la trachéotomie. Le second est plus probant, parce que M. Loiseau avait commencé le traitement et considérait lui-même le cas comme très-grave, ce qui n'a pas empêché la trachéotomie, pratiquée à cause de l'asphyxie, d'amener la guérison.

Nous admettons par conséquent sans réserve le fait précédent, persuadé que nous sommes de la valeur de la trachéotomie; mais il nous semble que les dangers inhérents à cette opération doivent rendre circonspect à son égard, et si le cathétérisme laryngien comptait beaucoup de faits comme le suivant, nous croirions la cause en grande voie d'être gagnée.

B*** (Victor), sept ans et demi, entre le 17 août au numéro 16 de la salle Saint-Jean, service de M. Bouvier. Arrivé à Paris le 9 août avec la voix un peu altérée, mais ne souffrant nullement de la gorge. Le 13 août, fièvre intense, douleurs vives à la gorge, pour lesquelles les parents se contentent de quelques gargarismes émollients prescrits par un pharmacien. Persistance de la fièvre. Le 16 au soir, haleine fétide, mal de gorge, toux semblable à celle d'un jeune chien, respiration sifflante, grande agitation.

C'est un enfant grand, vigoureux, au visage coloré; anxiété vive, écoulement fétide très-abondant par les narines. On ne voit extérieurement aucune fausse membrane dans les fosse nasales; fausses membranes épaisses et blanchâtres couvrant le pharynx et les amygdales; voix complétement éteinte, toux fréquente, métallique, croupale, respiration embarrassée dans les deux côtés, quelques râles humides dans les fosses sous-épineuses; ganglions maxillaires plus gros à gauche qu'à droite, mais peu développés; 44 pulsations; 140 pulsations; pouls plein et vibrant. Un vomitif détermine des vomissements abondants sans faire rejeter de fausses membranes et




sans soulager. Vers quatre heures du soir, M. Collin barbouille le fond de la gorge avec une éponge chargée de la solution de 4 grammes de tannin pour 20 grammes d'alcool; puis il pratique facilement le cathétérisme avec les instruments de M. Loiseau et (Voir la figure ci-dessus), instille dans le tube quelques gouttes de la solution précédente. L'enfant, qui était resté calme pendant cette opération, est pris ensuite de suffocation et tousse pendant un quart-d'heure sans

rejeter aucune fausse membrane. L'interne de garde, appelé vers onze heures du soir, touche de nouveau le fond de la gorge avec l'éponge chargée de tannin, mais ne pratique pas de cathétérisme. L'enfant tousse fréquemment sans suffoquer. Vers deux heures l'infirmière s'aperçoit que l'enfant bleuit, asphyxie, et retire de sa bouche une fausse membrane complétement tubulée, épaisse supérieurement, frangée, mince inférieurement; sa longueur est au moins de 8 centimètres. Soulagement immédiat, mais respiration encore très-fréquente et soif intense.

Le 18, vers huit heures du matin, autant d'anxiété et d'agitation que la veille, peau chaude couverte de sueur, face congestionnée, pharynx en partie débarrassé des fausses membranes, thorax sonore partout, mais respiration affaiblie, presque nulle à gauche, quelques gros râles sonores à droite. (Bouillon, potages, vin, quinquina en potion.)

A neuf heures et demie, le pharynx est touché avec la même solution que la veille ; quelques gouttes en sont instillées dans la trachée, à l'aide de la sonde de M. Loiseau. Comme la veille, l'enfant est agité, tourmenté ; toux fréquente, rejet de mucosités et de fausses membranes quelques secondes après le cathétérisme ; l'une de ces fausses membranes est longue de 4 centimètres, tubulée, simple à une extrémité, bifurquée à l'autre, d'une épaisseur moins considérable que celle qui a été rendue la nuit ; les autres fausses membranes ne sont que des plaques minces, de peu d'étendue, au nombre de cinq. L'enfant, qui jusque-là avait eu la respiration très-fréquente, respire facilement ; jamais il n'a été aussi bien ; le pouls est moins fréquent : 28 respirations, 120 pulsations ; la respiration est rétablie à gauche.

A midi l'enfant est bien, écoulement nasal moins abondant. (Calomel, 10 centigrammes; sucre, 10 grammes contre cet écoulement.)

Le 18, à quatre heures, 28 respirations calmes, silencieuses ; pouls à 136, sueurs abondantes, l'enfant est éveillé ; on ne voit plus de fausses membranes que sur les amygdales ; salivation abondante, pas de nouveau rejet pseudo-membraneux, respiration pure partout ; l'odeur fétide qu'il exhale a en partie disparu ; urines très-fortement albumineuses.

Dans la nuit l'enfant rend une fausse membrane tubulée, épaisse, large de 8 centimètres, frangée à la partie inférieure.

Le 19, à la visite, enfant calme, éveillé ; pharynx entièrement débarrassé de fausses membranes, peau fraîche, pouls à 112, 28 respirations. Respiration pure dans toute la poitrine, excepté au ni-

veau de l'angle de l'omoplate à gauche, où il y a faiblesse du murmure respiratoire et de la matité. L'enfant vomit facilement, mais continue à prendre du vin, du bouillon, du lait, du café; quinquina.

Le 20, l'enfant a encore rendu la nuit une fausse membrane mince, étroite, longue de 5 centimètres; il est moins bien ce matin; peau chaude; 32 respirations; 120 pulsations. L'enfant ne mange pas beaucoup, ne vomit plus cependant.

Le 21, l'enfant n'a rien rejeté; urines toujours albumineuses; la voix revient difficilement. Les urines restent albumineuses jusqu'au 12 septembre. Santé excellente, voix toujours un peu éteinte. Le malade sort le 14 septembre; un mois après, le rétablissement était parfait.

Ajoutons que l'expérience a complétement justifié ce qui avait été dit par M. Loiseau de la facilité d'exécution de cette opération et de son peu de gravité, quand l'asphyxie est peu marquée. Toutefois, chez les enfants en bas âge, l'opération ne paraît pas sans quelques difficultés.

---

Pleurésie chronique avec empyème datant de sept mois. — Thoracentèse. — Fistule pleurale. — Débridement de la plaie. — Accidents graves. — Guérison. — Le fait suivant nous a paru intéressant à faire connaître, non pas qu'il soit plein d'enseignements à suivre, puisque, dans notre opinion, on eût pu faire mieux et plus vite, mais parce qu'il montre combien une pleurésie peut se prolonger, et combien il importe au médecin de ne pas perdre courage, puisque la guérison peut être au bout de ses efforts persévérants.

Un ecclésiastique, âgé de trente-six ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, et d'une bonne santé habituelle, avait éprouvé, vers la fin du mois de mars 1852, une douleur très-vive dans le côté gauche de la poitrine, en voulant prendre un livre dans sa bibliothèque. Quelques semaines après, on reconnaissait chez lui une pleurésie avec épanchement. Un vésicatoire sur le côté, des pilules dose de calomel, ne firent aucun bien; les sangsues apportèrent un soulagement plus marqué; mais la convalescence resta incomplète, la respiration extrêmement difficile, et il ne put pas reprendre ses occupations. Envoyé pour se rétablir dans l'Yorkshire, sa santé générale s'améliora, mais la respiration resta difficile et laborieuse: il put cependant diriger son école et prêcher de temps en temps, mais non sans inconvénients.

Depuis cette époque jusqu'en 1854, il resta malade, souffrant

dans le côté, gêné de la respiration et maigrissant peu à peu. Traité par un praticien de campagne, qui n'était probablement pas très-éclairé sur la nature des accidents, il continua à souffrir de plus en plus jusqu'au mois de septembre 1856 : il vint alors consulter à Witby ; mais le cas fut considéré comme désespéré, et dix jours après, le 10 septembre, son état était tellement grave que M. Wright ne crut pas possible de retarder l'opération. La pointe du cœur était tout à fait reportée à droite, la poitrine avait une forme lisse et arrondie. Dix-huit onces de pus s'écoulèrent au dehors et amenèrent un soulagement considérable. La plaie ne fut pas refermée, car elle continua à fournir du pus, surtout dans les accès de toux, et l'écoulement continuait encore lorsqu'il se décida à venir consulter à Londres, au mois de juin 1857. L'amaigrissement était extrême, le corps commençait à s'incliner sur le côté gauche ; respiration accélérée, 100 pulsations ; peau sèche, fétidité horrible de l'écoulement, matité absolue dans le côté gauche de la poitrine, et absence du murmure respiratoire, excepté dans l'espace interscapulaire, où elle était assez éloignée ; rougeur et gonflement autour de la plaie. Sur l'avis de M. Williams, la plaie fut élargie et des injections furent faites avec de l'eau chlorurée, mais sans succès ; et en désespoir de cause, sur les avis de M. Richard Wawell, le malade se décida à revenir à Londres accepter un lit dans le service de M. Stanley, à l'hôpital Saint-Barthélemy, au mois de juillet 1858.

La matité à la percussion ne pouvait laisser aucun doute sur la stagnation du pus dans la poitrine. En conséquence, une sonde de gomme élastique fut portée, à travers un trajet sinueux, jusque dans la plèvre, et on retira ainsi 44 onces d'un liquide purulent, sale, brun, dégageant une affreuse odeur d'hydrogène sulfuré. Le lendemain, on en retira encore 40 onces, et on commença les injections d'eau tiède matin et soir dans la plaie. Dans la première semaine, on ne retira pas moins de 120 onces de pus; mais, après cette époque, la sécrétion diminua et se réduisit à 30 ou 40 onces par semaine.

Lorsque le malade quitta l'hôpital, le 10 septembre, l'amélioration était des plus étonnantes, et il ne sortait plus de la plaie que 4 ou 5 onces de pus par jour. Au commencement de novembre, il n'y avait plus qu'un écoulement de 1 once ou 2 par jour. On continuait les injections dans la poitrine, matin et soir, et le malade était soumis à un régime tonique et fortifiant. Malheureusement, vers la fin de décembre, la douleur reparut, et avec elle la fièvre et la sécrétion, dont la quantité s'éleva à 8 ou 10 onces par jour. Force

fut à M. Wawell de pratiquer un débridement pour faciliter l'écoulement du liquide qui ne paraissait pas se faire convenablement; on reprit en même temps les injections dans la plèvre. Les choses marchèrent alors de la manière la plus favorable. Au mois d'août 1859, il ne s'écoulait plus qu'une once par jour d'un liquide séreux. La plaie ne tarda pas à se refermer, et le rétablissement a été complet.

Revu au mois de juin dernier par M. Wawell, cet ecclésiastique a repris sa stature et son attitude normales; le côté gauche de la poitrine a, à peu de chose près, les dimensions du côté droit; le mouvement respiratoire s'entend jusqu'à la neuvième côte, et le malade a la conscience que l'air pénètre jusque dans les derniers replis du poumon. Encore un peu de matité à la base.

La guérison s'est soutenue, et au mois de septembre, il y a quelques jours par conséquent, le malade pesait 159 livres, au lieu de 114 livres qu'il pesait à sa sortie de l'hôpital. Jamais, même en santé, il n'avait pesé plus de 146 livres.

Nous nous permettrons d'ajouter quelques courtes réflexions sur la nécessité de pratiquer la thoracentèse de bien meilleure heure qu'on ne le fait habituellement, et sur les inconvénients qu'a eus cette ouverture fistuleuse, communiquant avec l'air et permettant la décomposition du pus. Pratiquée avec les modifications suggérées par M. Reybard, la thoracentèse eût peut-être évité au malade les graves accidents qu'il a eu ensuite à traverser. Enfin, lorsque la plaie est restée fistuleuse, nul doute que les injections iodées n'eussent exercé une influence très-heureuse sur la sécrétion, et n'en eussent surtout diminué l'horrible fétidité. Reconnaissons néanmoins que c'est là un fait très-encourageant pour les malades et pour les médecins.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Accouchement.** *Sur une cause peu connue de lenteur du travail.* Il arrive souvent, dans les présentations crâniennes, que la tête ne se dégage pas, bien que les contractions utérines aient toute l'énergie convenable. Dans ces cas, l'obstacle tient uniquement, suivant M. Spiegelberg, à une flexion exagérée de la tête. La face regarde le coccyx, le bregma pèse sur le périnée, la nuque se trouve derrière la symphyse, l'occiput au-dessous d'elle et au fond du vagin. La tête ayant franchi l'orifice utérin, les contractions n'agissent que sur le tronc et n'ont d'autre effet que de pousser l'occiput de haut en bas. On remédie facilement à cet état de choses en appliquant le forceps sur le côté de la tête, à laquelle on fait exécuter le mouvement normal d'extension qui lui fait franchir l'orifice vulvaire. (*Monatschrift für Geburtskunde*, 1859.)

**Amputation des amygdales,** *comme traitement de l'angine couenneuse.* Nous avons déjà signalé à l'attention de nos lecteurs le moyen proposé par M. Bouchut pour guérir radicalement, dans certains cas les angines couenneuses et prévenir le développement du croup par l'extension de la maladie des amygdales au larynx. Ce moyen a été mis en pratique depuis, dans quatre cas, par d'autres praticiens qui en ont obtenu de bons résultats. M. Bouchut vient de publier deux nouveaux cas de succès, qui, réunis aux précédents, constituent un total de neuf cas d'angine couenneuse, tous suivis de guérison, sans reproduction des fausses membranes à la surface coupée et sans propagation du mal aux voies aériennes.

Voici la relation succincte de ces deux nouveaux faits :

Une petite fille, âgée de douze ans, entre le 22 mars 1859 à l'hôpital Sainte-Eugénie, malade depuis l'avant-veille d'un grand mal de gorge. Le lendemain l'amygdale gauche est volumineuse, encapuchonnée d'une fausse membrane qui s'étend un peu sur le pilier antérieur du voile du palais. Les ganglions de ce côté sont très-fortement engorgés et le volume extérieur du cou est très-considérable; l'amygdale droite est peu volumineuse et offre trois ou quatre points blancs peu étendus. Pouls à 136. On ampute l'amygdale gauche. Cette opération donne lieu à un écoulement de sang peu abondant et de courte durée; elle est suivie d'un grand soulagement. Potion avec 5 grammes de bicarbonate de soude. L'amygdale examinée après son ablation présente à sa face externe une ulcération étendue, anfractueuse, sur laquelle repose la fausse membrane, grisâtre, épaisse de deux à trois millimètres.— Le lendemain, 24 mars, la surface coupée de l'amygdale est grisâtre, granuleuse, sans fausse membrane, et, en avant, le pilier du voile du palais s'est recouvert d'une fausse membrane à l'endroit où elle était avant l'opération. (Potion stibiée de 40 centigrammes.) — Le 25, point de toux, sommeil bon; la fausse membrane du pilier antérieur du voile du palais a disparu de moitié; la surface de section de l'amygdale est couverte de bourgeons charnus et dans un point d'une escarre noirâtre. Les ganglions cervicaux ont presque entièrement disparu. (Potion stibiée de 40 centigrammes.) — Le 26, la surface de section présente des bourgeons charnus sans fausse membrane. (Gargarisme de glycérine.) — Le 27, il s'est reproduit sur le pilier antérieur gauche du voile du palais une petite plaque pseudo-membraneuse mince et de peu d'étendue; la surface de section de l'amygdale continue à bourgeonner. (Même gargarisme.) — Le 28 mars, la plaque du pilier a diminué d'étendue et ne forme plus qu'un point blanchâtre. La fièvre est entièrement tombée, l'engorgement ganglionnaire a disparu, plus de gêne dans la déglutition. En un mot, guérison complète le cinquième jour.

Dans le second fait, il s'agit d'une petite fille de dix ans, entrée le 23 octobre à Sainte-Eugénie, affectée depuis deux jours d'une angine qui a débuté par des vomissements, de la fièvre et une difficulté subite de respiration et de déglutition. Au moment de son arrivée à l'hôpital, la respiration est sifflante et la toux éteinte; la bouche est béante, avec gonflement et douleur de la région sous-maxillaire. De chaque côté du cou existe un engorgement dur et volumineux, formé par la tuméfaction des amygdales, appréciable sous la peau. Le lendemain il se fait une éruption de scarlatine encore incomplete; les amygdales sont trop grosses, couvertes de fausses membranes grisâtres; tout le pharynx est rempli par une sécrétion muco-purulente épaisse et qui gêne la respiration. Etat adynamique général.

Le 25, le calme est remplacé par une grande agitation, avec délire et jactitation des membres; déglutition difficile; amygdales toujours très-grosses, recouvertes d'un enduit blanchâtre diphthéritique; gonflement extérieur du cou considérable, surtout sous l'angle de la mâchoire, et très-grande gêne de la respiration, qui est sifflante et ne peut se faire que la bouche demi-béante; vomissements bilieux, presque continuels, diarrhée abondante, peau très-chaude, etc.

Le 26, la gêne de la respiration et de la déglutition allant croissant, M. Bouchut se décide à faire l'amputation des amygdales. A droite, le sommet de l'amygdale est seul enlevé avec une fausse membrane blanchâtre, peu résistante. A gauche, l'amygdale se déchire sous la fourche de l'instrument et on n'enlève qu'un produit diphthéritique ramolli, laissant sur place quelques fausses membranes.

Le soir, la respiration et la déglutition sont plus faciles. A droite, l'amygdale offre une surface grisâtre, purulente, sans fausse membrane et sans odeur. A gauche, l'amygdale est déchiquetée, couverte d'un enduit pultacé sanguinolent, fétide et facile à détacher. L'engorgement cervical a presque disparu. (Gargarisme à la glycérine.)

Le 28, les produits pseudo-membraneux des amygdales sont remplacés par des amas de mucus filant.

Le 28, l'éruption scarlatineuse commence à disparaître. Le 30, commencement de desquammation. Plus de difficulté de déglutition. L'amygdale droite offre une surface libre, légèrement opaline, et l'amygdale gauche présente une excavation irrégulière, grisâtre, purulente, sans fausse membrane. Il y a encore une petite fausse membrane transparente sur la luette.

Le 5 novembre, la desquammation furfuracée continue et le pharynx est à peu près guéri. Le 28 novembre, l'enfant sort de l'hôpital en pleine convalescence. (*Union méd.*, janvier 1860.)

---

**Fièvres intermittentes.** *Propriétés fébrifuges de la sélénite ou sulfate de chaux.* Le docteur Clark raconte que les Indous se servent fréquemment de la poudre de sélénite (sulfate de chaux), calcinée avec partie égale de pulpe d'aloès, pour combattre les fièvres intermittentes. Cette substance se vend en grande quantité dans les bazars du pays. Ce médecin l'a expérimentée, à la dose de 30 centigrammes quatre fois par jour, dans les fièvres paludéennes, ainsi que dans d'autres maladies qui réclament l'emploi des toniques; il poursuit ses essais cliniques depuis huit mois, et il assure qu'ils lui ont donné des résultats satisfaisants. (*Medical Times and Gazette*, 1859.)

---

**Fissures** *anciennes à l'anus; leur traitement par la dilatation répétée.* Le plus grand nombre de ces fissures guérissent facilement, quel que soit le moyen employé. Les pansements avec de petites mèches enduites do pommade à l'extrait do ratanhia ou d'onguent de la mère, la dilatation forcée, ou l'incision du sphincter, sont des méthodes thérapeutiques qui peuvent amener la guérison. M. Gosselin a été conduit à reconnaître que la dilatatiun est plus expéditive et plus commode pour les malades, et quo l'incision met plus sûrement à l'abri des récidives Il a remarqué que la persistance de la fissure et de ses douleurs, après la dilatation forcée, s'observait plus souvent chez la femme que chez l'homme; à plusieurs reprises il a combiné les deux méthodes, c'est-à-dire qu'il a fait d'abord de la dilatation; puis, séance tenante, il a incisé la fissure devenue facile à voir et à découvrir dans toute son étendue.

Mais à côté de ces fissures qui guérissent promptement, il en est quelques-unes qui résistent à ces méthodes employées successivement, ou qui guérissent pour être suivies bientôt de nouvelles fissures aussi douloureuses que la première. M. Gosselin, dans ces cas, a recours à la dilatation quotidienne. Cette manœuvre se fait à l'aide du doigt indicateur, que l'on introduit tous les jours dans l'anus, jusqu'à ce que les douleurs, après la défécation, aient disparu ou se soient considérablement amendées. (*Rev. de thér. méd. et chir.*, janvier 1860).

---

**Os et périoste** *pris sur des animaux morts; leur transplantation.* M. Ollier continue avec une grande persévérance et une non moins grande intelligence ses expériences sur la transplantation des os et du périoste. De nouveaux essais lui ont prouvé que des lambeaux de ce tissu, et même des os entiers pris sur des animaux morts depuis un certain laps de temps, peuvent être greffés avec succès. La vitalité de ces tissus ne s'éteint pas avec la cessation de la circulation et de la respiration : transplantés dans un milieu analogue à celui qu'ils occupaient préalablement, ils continuent de vivre et de s'accroître jusqu'à une certaine mesure, d'après les lois de leur développement normal. Séparés d'un animal vivant et exposés à l'air, ils peuvent également conserver leur aptitude à la greffe pendant un certain temps, pourvu qu'ils soient maintenus dans un milieu suffisamment humide. Cette persistance de la vitalité dans des lambeaux séparés du corps, bien que n'ayant pas encore été constatée pour d'autres tissus profonds dans un but analogue, n'est pas cependant particulière au périoste et aux os.

M. Ollier a constaté que des lambeaux de périoste, pris sur des lapins morts par hémorrhagie ou par section du bulbe, ont pu se greffer et donner lieu à des productions osseuses 10, 30, 60 et 90 minutes après la cessation des battements du cœur. Des os entiers (humérus, radius, tibia), transplan-

tés 10, 30 et 60 minutes après la mort, se sont parfaitement greffés. Dans ces diverses expériences, la greffe a été bien réelle, puisque les os transplantés présentaient au bout de cinq mois les caractères suivants : ils étaient parfaitement adhérents aux tissus au milieu desquels ils avaient été placés, ils s'étaient recouverts d'une couche osseuse sous-périostale de nouvelle formation, ils étaient perméables aux injections poussées par les artères. — Ces trois caractères ne permettent pas de douter de la vitalité de ces os. Non-seulement ils ont résisté à l'absorption, mais ils se sont accrus. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, janvier.)

**Papier huilé** *pour remplacer le taffetas ciré ou l'étoffe de gutta-percha dans les pansements*. On emploie fréquemment, pour les pansements chirurgicaux, le taffetas ciré ou l'étoffe de gutta-percha. Ces substances très-commodes sont malheureusement d'un prix élevé, ce qui oblige dans les hôpitaux et établissements publics à se servir des mêmes bandes d'étoffe pour plusieurs pansements, et souvent pour plusieurs malades ; de là des inconvénients sérieux, car, quelque soin que l'on mette à laver et nettoyer ces pièces de pansement, elles peuvent servir de véhicule aux miasmes et aux matières infectantes. Dans le but d'obvier à cet inconvénient, M. le docteur Mac-Ghie a introduit à l'hôpital royal de Glasgow l'usage d'une substance qui remplace parfaitement le taffetas ciré, et dont la fabrication est assez peu coûteuse pour qu'on puisse la remplacer à chaque pansement. Voici comment on l'obtient :

On prend du papier de soie de bonne qualité que l'on rend imperméable en l'enduisant d'une couche d'huile de lin siccative, à laquelle on a fait subir une préparation qui lui permet d'arriver à une dessiccation prompte et complète. Cette préparation consiste à faire bouillir pendant une heure ou deux, avec une certaine quantité de litharge, d'acétate de plomb, ou bien de terre d'ombre brûlée, plus un peu de cire et de térébenthine. Voici les proportions de ces diverses substances dont M. le docteur Victor Gautier, de Genève, a fait l'essai avec un plein succès :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Huile de lin.......... | 3 litres. |
| | Acétate de plomb.... | 30 grammes. |
| | Litharge............... | 30 grammes. |
| | Cire jaune............. | 15 grammes. |
| | Térébenthine........ | 15 grammes. |

Le mode de préparation est bien simple. On étale sur une table suffisamment large la feuille de papier, sur laquelle on étend, au moyen d'un large pinceau ou d'une brosse, l'huile préparée comme il vient d'être dit. La première feuille de papier doit être enduite sur ses deux faces. Par-dessus cette première feuille, on en pose une seconde, de façon qu'elle déborde à un de ses coins ; la face inférieure de cette feuille s'imprègne aussitôt de l'huile restée sur la feuille sous-jacente, et l'on est obligé de ne faire agir le pinceau que sur sa face supérieure. On fait sécher ensuite les feuilles ainsi enduites. Ce papier huilé offre la plus grande ressemblance avec le taffetas ciré, et il en a presque toutes les propriétés. M. Gautier l'a plusieurs fois employé déjà dans son service d'hôpital, et il lui a rendu les mêmes services que le taffetas ciré. (*Écho méd.* et *Union méd.*, février 1860.)

**Pneumonie.** *Traitement par la médication alcaline.* Il a été beaucoup question depuis quelque temps du traitement des phlegmasies et en particulier de la pneumonie par la saignée, que les uns persistent à préconiser, tandis que d'autres la rejettent systématiquement, non pas seulement comme inefficace ou inutile, mais comme nuisible même et contraire au but qu'on s'en propose. Entre ces deux partis adverses et complétement opposés, vient se placer une opinion mixte qui, reconnaissant l'utilité des antiphlogistiques dans certains cas donnés et dans certaines périodes de la maladie, substitue à la saignée un moyen qui aurait sur elle l'avantage de produire le même effet, sans faire subir à l'économie aucune spoliation. Telle est la médication alcaline préconisée par plusieurs médecins et expérimentée avec une prédilection particulière par M. le docteur Hamon, de Fresnay. « Je crois, dit M. Hamon, que dans certains cas donnés le traitement antiphlogistique est impérieusement indiqué : c'est lorsqu'on est appelé au début de la maladie, que le sujet accuse de la céphalalgie, que son visage est coloré, son pouls plein et dur, lorsqu'il y a de la chaleur à la peau, de la courbature, des urines fébriles, etc., quand, en un mot, l'état phlogistique est bien accusé ; seulement, au lieu de recourir alors au traitement antiphlogistique classique, j'administre le bicarbonate de soude à la dose de 10 à 15 gram-

mes dans un julep pour les vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce moyen, on voit presque aussitôt survenir une réaction très-prompte et des plus remarquables. La céphalalgie, la chaleur à la peau, les courbatures, l'oppression, la soif disparaissent ; les urines deviennent moins fébriles, le pouls plus souple, le facies moins coloré. En moins de vingt-quatre heures, en un mot, la métamorphose est complète. Cette impulsion favorable une fois donnée, la nature souvent est devenue apte à se suffire à elle-même. A partir de ce moment, du moins, l'intervention de l'art a besoin d'être beaucoup moins active. » La médication alcaline aurait encore l'avantage de parer à l'inconvénient que l'on a reproché à la saignée, d'augmenter les proportions de la fibrine du sang et de rendre par cela même ce fluide de plus en plus phlogistique ; elle opérerait également et sûrement la déplétion du système vasculaire. Agissant sur l'ensemble même de l'organisme par le fait de l'exagération de la combustion des éléments carbonés, les alcalins ne privent pas l'économie de l'un des éléments essentiels de la vie. — Toutes ces considérations ne sont pas nouvelles sans doute, non plus que l'idée d'employer les alcalins dans les phlegmasies, qui a été plusieurs fois émise par des médecins anciens éminents; mais aucun praticien, que nous sachions, n'avait expérimenté et éprouvé d'une manière aussi complète cette méthode que l'a fait M. Hamon, et les recherches sur ce sujet ont en ce moment un intérêt tout d'actualité. (*Gaz. des Hôpit.*, janvier 1860.)

**Sève de pin maritime.** *De son efficacité dans le traitement de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chronique; préparation.* Bien qu'il y ait toujours lieu de se défier, et par conséquent d'apporter beaucoup de réserve dans l'appréciation des faits lorsqu'il s'agit d'un moyen proposé contre la phthisie pulmonaire, nous croyons néanmoins devoir reproduire les faits suivants, qui témoignent non point en faveur d'une efficacité curatrice de la sève de pin maritime (ce qui serait beaucoup trop demander), mais en faveur de l'utilité de ce médicament au moins à titre de palliatif.

M. le docteur Kérédan, de Lamarque (Gironde), s'est servi avec avantage de la sève de pin maritime et de ses diverses préparations, telles que sirops, dragées, etc. Il donne la sève proprement dite, en commençant, à la dose d'un tiers de verre le matin à jeun, autant au milieu de la journée, et le soir deux heures après le repas ; pour les enfants, 4 à 6 cuillerées en moyenne. Le sirop s'emploie à la dose de 4 à 8 cuillerées par jour pour l'adulte. Bien concentré, il contient 1 centigramme de matière résineuse par cuillerée à bouche. — Les dragées renferment 1 pour 100 de principe actif; on en donne de 6 à 10 par jour, suivant les indications. — M. Kérédan a employé la sève de pin dans un grand nombre de cas de phthisie, et il croit pouvoir affirmer que ce médicament a été utile dans toutes les phases de la maladie ; il lui a paru qu'il suspend les progrès de la tuberculisation et prolonge au moins les jours du malade, s'il ne réussit pas à le guérir. Ce serait pendant la formation et l'accroissement des tubercules, suivant lui, que ce médicament ferait preuve d'une vertu spéciale ; son utilité serait encore démontrée dans la période de fonte des tubercules. M. Kérédan n'a pas pu s'assurer jusque-là si la sève du pin peut hâter la cicatrisation des cavernes tuberculeuses. Il conseille, comme bien on le pense, d'y recourir dès l'apparition des premiers symptômes de tuberculisation. Lorsque les hémoptysies se répètent, quand la fièvre et la toux augmentent, il n'administre la sève de pin que dans l'intervalle des crises. Pendant les accès de fièvre, il calme la soif à l'aide d'une infusion de camomille édulcorée avec du sirop de sève de pin, et il attend la fin de l'accès pour faire prendre le médicament dans son état de pureté.

M. Kérédan a trouvé également la sève de pin très-efficace dans les bronchites, dans les catarrhes chroniques, dans toutes les affections chroniques du canal aérien, où la toux et une expectoration abondante sont les symptômes dominants, et qui résistent quelquefois aux moyens les plus rationnels. Des résultats analogues à ceux qu'il a obtenus lui-même ont été constatés par plusieurs autres praticiens.

En résumé, il semble résulter de l'expérience des médecins qui ont employé la sève de pin que cette préparation est très-utile, à la façon des autres balsamiques, dans les catarrhes bronchiques, et que c'est à ce titre qu'elle peut rendre des services comme palliatif dans le traitement de

la phthisie. Quant à son efficacité comme moyen curatif des tubercules pulmonaires, elle est loin d'être démontrée. (*Rev. médic.* et *Gaz. hebdom.*, janvier 1860.)

---

**Sutures** *sur plusieurs rangs* (*multisériées*), *et emploi des fils métalliques dans ce genre de suture.* Dans toute plaie un peu large et profonde, il y a deux indications capitales à remplir : relâchement des bords et rapprochement exact de toutes les parois, de façon à empêcher la production d'une cavité artificielle. On cherche à atteindre ce but à l'aide de la suture enchevillée, entortillée ou entrecoupée; mais ces diverses sutures ont souvent l'inconvénient de produire une traction trop forte; il en résulte que les épingles et les liens coupent les tissus, et la réunion immédiate est manquée. En présence de l'insuffisance de ces moyens, M. Bœckel s'est demandé si, au lieu de se borner à une seule rangée de sutures, il ne réussirait pas mieux en établissant une seconde rangée dont les points d'entrée et de sortie sont à plusieurs centimètres des bords de la plaie, de manière à répartir ainsi la force de traction sur les deux rangées, dans chacune desquelles elle ne sera plus que de moitié. Il a pensé, de plus, que la suture profonde étant appliquée sur des tissus sains, loin des bords de la plaie, elle pourrait être serrée beaucoup plus que la suture superficielle, sans aucun inconvénient. Le relâchement des bords cutanés de la plaie n'est pas le seul avantage qu'offre la suture profonde. Elle remplit encore les autres indications de la réunion immédiate.

Voici en quoi consiste ce procédé. M. Bœckel a adopté en règle pour la suture profonde le genre enchevillé, et il l'a fait avec des fils métalliques. Pour passer les liens, on se sert d'aiguilles droites ou courbes, qui devront, en général, être fort longues, en raison du trajet à parcourir. Le fil métallique pourra être entraîné directement par l'aiguille; mais si l'on opère dans un espace restreint, à la vulve, par exemple, il vaudra mieux passer d'abord un fil de soie, qui servira de guide flexible au double fil de métal. Lorsque le trajet est rectiligne, l'instrument le plus commode est un trocart capillaire avec lequel on transperce directement les tissus. On pousse ensuite facilement le double lien de métal à travers la canule. Les fils étant en place, on passe leurs extrémités à travers une mince plaque de plomb arrondie, légèrement convexe du côté de la plaie et percée d'un trou à son centre. Puis on les assujettit sur une cheville. La rondelle de plomb doit être plus ou moins grande, selon le cas; au lieu de l'arrondir en calotte de sphère, on peut facilement lui donner une forme allongée, elliptique. Elle n'irrite pas la peau, répartit la pression sur une plus grande étendue de tissu, et remplace ainsi l'application intelligente des doigts, aussi bien que peut le faire un corps inerte. Pour rendre le mode d'action de cette ligature plus semblable encore aux doigts, il faut pouvoir varier le degré de pression à volonté. Le premier jour, la constriction devra être assez énergique, surtout si on ne lie pas les petites artères; vers le troisième jour, l'hémorrhagie n'est pas plus à craindre; mais le gonflement commence, et il peut être nécessaire de relâcher l'appareil pour éviter l'étranglement. Avec la suture enchevillée ordinaire, on n'arrive que difficilement à ce résultat. Les rosettes des nœuds s'embrouillent; elles se couvrent de pus et de sang desséchés; on est obligé, ou bien de laisser l'appareil dans l'état où il se trouve, en courant toutes les chances de l'étranglement et de la gangrène, ou bien de couper tout et de perdre les fruits de la réunion. Un petit instrument, un étau microscopique formé par un cylindre de maillechort, et percé d'une fente dans laquelle on serre les fils au moyen d'une vis de pression, permet de relâcher à volonté la suture.

La profondeur à laquelle il faut enfoncer les fils dépend évidemment de l'étendue et du siége de la lésion, des organes importants qui peuvent se trouver dans le voisinage et qu'il s'agit de ménager. Autant que possible, il faudra suivre un trajet rectiligne. Dans cette condition, en effet, le fil n'a aucune tendance à ulcérer les tissus; il est lisse et poli à sa surface, il ne s'imprègne pas des liquides de la plaie; il ne presse pas sur les chairs environnantes, puisque toute la pression se répartit sur les plaques de plomb opposées directement l'une à l'autre. Tels sont les avantages principaux attribués par M. Bœckel à la suture sur plusieurs rangs. Quelques observations rapportées dans son travail témoignent de ces avantages. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, janvier 1860.)

---

**Vessie** (*Opération autoplastique pratiquée avec succès dans un cas d'extrophie de la*). L'échec invariable subi par toutes les tentatives faites jusqu'ici pour remédier à ce vice de conformation si incommode donne de l'intérêt au fait de succès que rapporte M. Ayres.

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé. Elle était accouchée depuis trois mois d'un enfant mort, mais à terme, lorsqu'elle entre à l'hôpital. Les couches s'étaient bien passées; cependant, peu après la reprise de ses occupations, elle observa un prolapsus de l'utérus qui fit de rapides progrès. Bientôt l'organe franchit l'anneau vulvaire. L'absence du pubis, au moins sa disjonction, rendait l'application d'un pessaire impossible, et l'incommodité qui résultait de cette nouvelle infirmité était telle qu'elle ne pouvait supporter la moindre fatigue, et même que la marche était à peu près impossible. C'est dans cet état qu'elle entra au *Long Islang College*. La brochure de M. Ayres est accompagnée d'une photographie, qui permet de se faire une idée exacte des parties. L'extrophie était complète, la vessie formait une saillie d'un rouge foncé, très-sensible au moindre contact, immédiatement au-dessus de l'entrée du vagin, sur les côtés de laquelle les grandes lèvres rudimentaires formaient une saillie peu considérable. Pour recouvrir la vessie, M. Ayres prit un lambeau dans la partie supérieure de la peau de l'abdomen. La base de ce lambeau se trouvait immédiatement au-dessus de la vessie. En le repliant de haut en bas, sa face épidermique se trouvait placée au-devant de la vessie, tandis que sa face saignante était libre; il formait au-devant de la vessie une espèce de tablier attaché en haut. Pour obtenir une poche qui pût retenir l'urine, le chirurgien recouvrit la face saignante du lambeau par un lambeau hypogastrique à base inférieure, ce qui réussit parfaitement. Le premier lambeau arrivait ainsi, recouvert par le second, jusqu'à l'entrée du vagin. On lui avait donné une telle forme que son extrémité supérieure, devenue inférieure, se terminât en triangle, de façon à former sous le deuxième lambeau une rigole qui conduisait l'urine jusqu'à l'entrée du vagin, où elle s'échappait par une espèce de méat artificiel.

L'opération fut d'ailleurs pratiquée en deux temps, à trois semaines d'intervalle, afin d'éviter la gangrène du premier lambeau. La moitié de ce lambeau fut d'abord renversée de bas en haut, et réunie aux bords des incisions qui avaient servi à construire le lambeau, et ce n'est qu'au bout de trois semaines que l'on isula de nouveau cette partie, pour la renverser en bas et la recouvrir du lambeau inférieur. La réunion se fit parfaitement. On avait obtenu ainsi une vessie artificielle à orifice étroit; en même temps, l'entrée du vagin se trouva assez rétrécie pour que la matrice pût être retenue facilement à l'aide d'un pessaire en caoutchouc. Il fut dès lors facile d'adapter au méat urinaire créé un urinal approprié. Six semaines après avoir quitté l'hôpital, l'opérée fut revue par M. Ayres; elle venait de faire deux milles à pied sans la moindre incommodité et se portait à merveille. (*Congenital extrophy of the urinary bladder*, etc., broch in-8°, New-York, 1859.)

---

# VARIÉTÉS.

## ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

*Nouveau tire-balle par le professeur Langenbeck*

Cet instrument est construit d'après le même principe que la curette articulée de M. Leroy (d'Etiolles). Il se compose d'une tige de fer longue de 6 pouces 9 lignes, terminée à l'une de ses extrémités par une ouiller mobile, arrondie, et fenestrée pour pouvoir s'adapter aux balles coniques. La cuiller qui continue la direction de la tige qui la supporte se place perpendiculairement à cette tige, lorsqu'on presse sur un ressort placé sur le côté du manche; on lui imprime cette direction après l'avoir introduite sur les côtés de la balle et un peu au dela

d'elle. Il est alors facile de l'extraire ; la longueur de la tige permet d'aller chercher le projectile à six pouces de profondeur.

Ce tire-balle n'est rien moins que nouveau, il existe depuis longues années dans notre arsenal. Il a été crée par Baudens à l'époque où il était attaché à notre armée d'Afrique. Si notre mémoire ne nous fait pas défaut, nous en avons vu un modèle dans les vitrines de M. Charrière, à l'Exposition de Londres. Une modification importante a été apportée par le professeur de Berlin, la fenêtre qui permet à la cuiller de l'instrument de s'adapter aux balles coniques fort employées aujourd'hui.

---

*Revendication de l'orthopédie physiologique fondée sur la création de muscles factices en caoutchouc.*

Notre sagace confrère, M. Rigal (de Gaillac) vient de publier le discours qu'il a prononcé au Congrès du Midi, pour revendiquer ses droits à la création de l'orthopédie physiologique sur laquelle, dans ces dernières années, M. Duchenne a appelé l'attention du public médical. M. Rigal fait appel à notre témoignage et exprime même le regret que, dans la courte note sur les appareils élastiques que nous avons publiée dans notre compte rendu de l'exposition de l'industrie, nous n'ayons émis aucune réserve quant à la part due à ses tentatives spéciales dans cette voie peu explorée. Avant de nous disculper, nous allons reproduire le début de son discours dans lequel se trouvent rapportées des observations très-intéressantes qui pourront servir d'enseignements à bon nombre de praticiens :

> Ma conscience ne falsifie pas un iota : mon inscience, je ne sais.
> MONTAIGNE.

L'épigraphe dont je marque cette communication est devenue, messieurs, la devise de ma carrière médicale. Je me suis toujours conformé aux règles de conduite qui en dérivent. Elle est là, aujourd'hui, pour préciser dans quelle disposition d'esprit et avec quel scrupuleux respect de la vérité je veux examiner une question de priorité, à la fois scientifique et personnelle.

Je viens revendiquer devant vous, en thèse générale, mais particulièrement contre les prétentions de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), l'orthopédie à forces élastiques fondée sur la création de muscles factices en caoutchouc.

Entrons immédiatement en matière :

Le 3 novembre 1840, j'exposais au sein de l'Académie de médecine les principes généraux d'un nouveau système de déligation chirurgicale fondé sur la combinaison de linges pleins avec les tissus ou les fils élastiques de caoutchouc. Simplicité, contention exacte au milieu des mouvements les plus variés, tels sont les caractères spéciaux des bandages que je proposais alors. Deux années de pratique en avaient déjà sanctionné l'emploi. Depuis lors je n'ai pas cessé de m'en servir, d'en vulgariser l'usage, au nord comme dans le midi de la France, et jamais, j'ose l'affirmer, ce système de déligation n'a trahi les espérances que je fondais sur lui dès son origine.

Permettez-moi, messieurs, de citer ici textuellement la suite de ma communication à l'Académie de médecine :

« Indiquons des applications d'un autre genre : elles nous semblent légitimées d'avance.

« Les tissus élastiques peuvent rendre de grands services pour l'hémostasie.

On doit les substituer aux lanières de laine ou de soie des tourniquets; avec une compression moindre, mais toujours active, on suspendra sûrement la circulation des artères, on fera gonfler les veines sans enrayer l'abord du sang au-delà du lien, et ces vaisseaux seront ouverts ou couleront avec plus de facilité. Cette dernière remarque s'applique en particulier à la phlébotomie de la jugulaire.

« Dans les fractures obliques, des membres inférieurs surtout, le chevauchement résulte de la rétraction permanente des muscles, et jusqu'à ce jour on n'a pu opposer que des forces mortes à des forces vivantes. Pour nous, les fils, les tissus élastiques de caoutchouc sont de la fibre musculaire factice ; leur puissance rétractile s'exerce aussi d'une manière incessante. Il est facile de l'accroître, de la diminuer à volonté par le nombre ou la grosseur des faisceaux que le chirurgien ne tardera pas à substituer à ses liens extenseurs et contre-extenseurs.

« Les sections hypodermiques des tendons, des aponévroses, ont enrichi l'art de guérir de merveilleux procédés. La théorie des déformations, basée sur l'action musculaire, appelle nos liens élastiques au secours de la thérapeutique. Leurs fils donnent le moyen de créer, en quelque sorte de toutes pièces, des muscles agissant en sens inverse des déplacements. On augmentera, on modifiera encore dans ce cas les forces par le nombre des fibres, dont l'orthopédiste formera ses ventres charnus. Des anses de simples rubans de fil inextensible fourniront les tendons temporaires. Des pièces de linge deviendront des aponévroses.

« Enfin, pourquoi ne pas emprunter aux bandes de caoutchouc les moyens contentifs des hernies ? On en compte un si grand nombre de rebelles aux moyens ordinaires !

« Il est dans la nature de la chirurgie d'approprier à son usage, de faire servir au soulagement des maux qu'elle combat les conquêtes successives de l'industrie. De nombreux exemples justifieraient cette assertion. Nous avons la conviction intime qu'une invention, offerte en pâture aux caprices de la mode, tournera désormais au profit de l'humanité souffrante, au profit de l'hygiène publique. » (Bulletin de l'Académie royale de médecine, séance du 3 novembre 1840, t. VI, p. 213 et 214.)

Jamais prédiction ne fut plus largement accomplie.

Une part immense dans l'application du caoutchouc à la thérapeutique chirurgicale revient à M. le docteur Gariel. Le Congrès scientifique de France, dans sa session tenue à Toulouse, en septembre 1852, a constaté les services rendus sous ce rapport par notre ingénieux confrère. Il me suffit ici de citer son appareil à extension et contre-extension continue pour le traitement de la fracture du fémur.

Mais serais-je resté personnellement étranger à la réalisation d'une pensée théorique, exposée avec une précision, une netteté qui font aujourd'hui ma force contre les tentatives de plagiat scientifique ?...

Quelques faits choisis parmi d'assez nombreuses observations, des dates incontestables, seront ma réponse.

*Obs. I.* Le 18 septembre 1841, moins d'un an après ma communication verbale à l'Académie de médecine, je fis sur M. Cochelet, âgé de dix-huit ans, tourneur sur fer à l'usine de Bruniquel (Tarn-et-Garonne), la section du tendon d'Achille, pour le guérir d'un pied bot équin porté à un tel degré d'intensité que ce jeune homme ne pouvait plus exercer son métier qu'avec une

difficulté extrême. Immédiatement après la ténotomie je construisis un puissant fléchisseur du pied sur la jambe, composé d'une bande de caoutchouc fixée, d'une part et en haut à une jarretière, de l'autre et en bas à la pointe du soulier.

Deux clous, un de chaque côté, avaient été plantés dans le talon de cette chaussure. Je conduisis de l'un à l'autre un lien inextensible, passant sur le muscle factice et le ramenant vers le coude-pied. Ce ligament annulaire compléta l'appareil. M. Cochelet n'en porta jamais d'autre. Il put quitter Gaillac dès le 28 septembre, c'est-à-dire dix jours après l'opération. Peu à peu l'astragale subluxé rentra complètement dans la mortaise péronéo-tibiale, le tendon d'Achille se reconstitua, et longtemps après M. Cochelet père m'a ramené son fils guéri dans toute la force du terme.

*Obs. II.* Le 9 décembre 1841, j'ai opéré, à l'âge de quarante jours seulement, Joseph Sicard, né à Lacaune (Tarn), avec un pied varus gauche très-prononcé. Il repartit de Gaillac, le 19 décembre, dans l'état le plus satisfaisant, selon le témoignage de sa mère, chargée de veiller sur les muscles factices que j'avais créés, et qui s'en acquitta avec une habileté, avec une intelligence couronnée par le plus admirable succès. Mme Sicard avait étudié avec un soin extrême les procédés orthopédiques jusqu'alors en usage, à l'occasion de son fils aîné venu au monde avec un pied varus droit, et qu'elle avait amené à Paris pour le confier au docteur Bouvier. Cette observation, que je publierai *in extenso*, est remarquable à plus d'un titre.

*Obs. III.* Léon Boyals, fils de Jean Boyals, de Puybegon, arrondissement de Lavaur, est opéré d'un pied bot varus gauche par la section du tendon d'Achille, à l'âge d'un an. La ténotomie est faite le 7 novembre 1842; huit jours plus tard, il est ramené au foyer domestique. Il m'est présenté deux fois pendant le traitement. On me le rapporte une dernière fois, le 26 juin 1843, et je constate sa guérison parfaite. Non point que son pied soit conformé comme celui d'un Apollon, mais il porte à plat avec un soulier ordinaire, et l'enfant marche seul comme le fait un bambin de son âge. Il n'usa jamais d'autre appareil que des muscles en caoutchouc surveillés par son père.

*Obs. IV.* Marie Caussé, d'Itzac, canton de Vaour, arrondissement de Gaillac, a été opérée, le 14 avril 1847, d'un double varus. Cette enfant, âgée de trois ans, passa peu de jours auprès de moi. Je la revis, le 21 mai suivant, dans un état d'amélioration notable. Elle m'est présentée guérie trois mois après. Le père, petit propriétaire de campagne, a lui-même dirigé le traitement, tendant ou lâchant les muscles factices selon les effets obtenus.

Les observations que je viens de rapporter avec la concision dont la rapidité de nos travaux me fait une loi, suffisent à prouver l'efficacité de la méthode. Les trois dernières mettent hors de doute la simplicité de ses procédés et l'utile intervention des soins de la famille. Si Mme Sicard est douée d'une sagacité peu commune, si ses premières épreuves de mère lui ont fait acquérir des notions exactes sur le pied bot, s'il n'y a rien d'extraordinaire dans le succès qui couronna ses efforts, on voit ensuite deux propriétaires cultivateurs, deux habitants de nos campagnes, saisir la pensée du chirurgien, suppléer à son absence, atteindre enfin le but que l'homme de l'art a marqué.

Il m'est, je crois, permis de conclure, dès ce moment, devant la section des sciences médicales du Congrès, que la théorie posée par moi, le 3 novembre 1840, n'est pas restée impuissante dans mes mains. L'orthopédie proprement dite, celle qui s'applique à corriger des vices de forme pareils à l'imperfection des extrémités pelviennes, en est devenue plus simple, plus méthodique, moins coûteuse pour de pauvres malades.

Aurais-je laissé à d'autres le soin de l'appliquer à des muscles paralysés, perdus sans retour par défaut d'innervation et pour lesquels l'électricité faradisée n'aurait pu rien elle-même ?

Je mets de côté les résultats obtenus dans trois cas de ce genre. Le premier remonte à 1845. Les deux autres ont été observés pendant que je remplissais,

dans l'Ariége, aux sources thermales sulfureuses d'Ax, les fonctions de médecin inspecteur, 1846-1847-1848.

Je me borne à citer un fait plus près de nous, recueilli à Paris par mon jeune ami Gustave Astrié, alors interne dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital Necker. Hélas! depuis cette époque, l'élève émérite devenu docteur est tombé victime de son dévouement durant la dernière invasion du choléra dans la ville de Carcassonne. Je suis heureux et fier de pouvoir invoquer le témoignage de ce martyr de l'humanité, moi qui l'avais vu naître d'un père auquel je fus lié par une affection fraternelle, moi qui voyais revivre en lui un savant dont le Congrès méridional garde le spirituel souvenir.

*Obs. V.* « Le nommé Letourneur (Léon), âgé de trente-cinq ans, conducteur de travaux, est entré le 22 février 1851 dans le service de M. Lenoir, au lit 31 de la salle Saint-Pierre (hôpital Necker).

« Il a reçu, il y a dix-huit ans, en Afrique, un coup d'yatagan à la jambe gauche, au niveau de la tête du péroné. Le nerf tibial antérieur a été divisé, selon toutes probabilités, à ce niveau, car depuis lors le pied reste pendant dans l'extension sur la jambe et incliné en dedans, de telle sorte que dans la marche, à moins que le malade n'élève très-haut la cuisse, la pointe du pied traîne sur le sol, et le pied entier a une grande tendance à se tourner en dedans, c'est-à-dire à se porter dans l'adduction.

« Lorsque Letourneur est allongé dans son lit, il ne peut ni fléchir le pied sur la jambe, ni étendre ou relever les orteils, ni relever ou porter le pied en dehors.

« Il y a donc paralysie complète des muscles extenseurs communs des orteils, extenseur propre du gros orteil, du jambier antérieur et des péroniers latéraux auxquels se distribuent ce nerf.

« Du reste la sensibilité est partout intacte.

« Cette infirmité rend la marche pénible, irrégulière; le force à élever bien plus haut le membre gauche, comme font les chevaux qui ont les éparvins, et l'assujettit à des entorses très-fréquentes.

« Pour remédier à ces accidents, M. Rigal lui fait, le 11 mars 1851, l'application d'un appareil fort simple, dont un anneau de caoutchouc assez résistant et quelques lacs font tous les frais.

« L'anneau élastique est placé au côté externe de la jambe dont il doit remplacer les muscles inactifs. Il prend son point d'appui fixe au-dessous du genou par l'intermédiaire d'un lacs très-court qui est arrêté au niveau de la jarretière par quelques tours de bande roulée.

« Ainsi suspendu au côté externe de la jambe, il fournit un point d'attache à une ficelle de fouet qui descend le long de la jambe, est maintenue coudée au-dessous de la malléole externe par un petit anneau dans l'intérieur duquel passe la corde et qui est lui-même fixé par une anse à un petit piton chevillé sur le talon du soulier.

« Ce lacs, sorte de tendon artificiel, faisant suite au muscle de caoutchouc, après s'être ainsi réfléchi dans cette sorte de coulisse de renvoi, va se fixer, vers l'extrémité du pied, à un autre petit piton planté sur le côté externe de la semelle.

« La résistance élastique du caoutchouc suffit à maintenir le pied relevé et en bonne position et à le ramener dans cette situation normale quand les extenseurs ont, dans leur jeu naturel pendant la marche, étendu le pied sur la jambe et soulevé le talon, action à laquelle se prête parfaitement l'élasticité de la substance employée. Aussi la marche est-elle facile, plus correcte. Il n'y a plus cette imminence d'adduction forcée du pied, ni ce balayage du sol par la pointe. Le malade est très-satisfait, et avec un peu d'habitude et une construction plus soignée et moins grossière de cet appareil si simple, si économique, si léger et si peu gênant, la démarche serait, on peut l'affirmer d'avance, tout à fait naturelle. »

Cette observation me fut remise par Gustave Astrié, le 18 mars 1851. Je la possède écrite en entier de sa main. La pièce originale porte en regard du texte un dessin imparfait mais suffisant, tracé à la hâte par moi pour conserver le

souvenir des dispositions de l'appareil extemporané dont je venais de munir Letourneur. On y voit aussi, comme vous pouvez le vérifier, l'idée première de muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse destinés à consolider les membres pelviens d'un pauvre menuisier qui, ayant éprouvé depuis longtemps une fracture mal réduite de la rotule gauche, était entré dans le même service pour une fracture récente de la rotule droite. Témoin du succès obtenu sur son voisin de chambrée, il réclamait mon assistance pour se garantir contre des chutes sans cesse renouvelées. J'ignore si ce malheureux ouvrier a pu mettre à profit mes indications.

Bien avant l'époque à laquelle remontent ces faits, et depuis que j'habitais Paris comme membre de l'Assemblée législative, j'allais presque tous les matins suivre la visite des maîtres de l'art, presque toujours en compagnie de mon collègue et habile confrère, le docteur Guisard, de la Creuse. J'assistais aussi souvent que mes fonctions politiques pouvaient me le permettre aux séances de l'Académie de médecine, dont j'ai l'honneur d'être correspondant. Dans les hôpitaux, à la rue des Saints-Pères, avec les élèves, avec les chefs de service, avec les journalistes spéciaux, je continuais une propagande active de mes idées. C'est ainsi que MM. les professeurs ou chefs de service, Malgaigne, Velpeau, Jobert de Lamballe, Bouvier, Michon, Guérard; que MM. les docteurs Am. Latour, Debout, Foucart; que MM. Ripoll, Trunct, alors internes à l'Hôtel-Dieu, et cent autres, sont devenus les confidents de ma conception.

Parcourant ensuite le mouvement de l'art depuis son départ de Paris (1852), M. Rigal montre qu'on n'a pas tenu assez compte de ses travaux. « Je retrouvais le ressort élastique, le muscle de caoutchouc partout. Le nom de M. Duchenne était partout, le mien nulle part. »

Notre distingué confrère émet ensuite les propositions suivantes :

En résumé, mes travaux, dans le but d'approprier la gomme élastique aux besoins de la chirurgie, se rangent sous trois chefs :

A. La déligation constituée par la combinaison du linge plein avec les tissus, les lanières ou les fils élastiques de caoutchouc.

B. L'orthopédie fondée sur la création, au moyen du caoutchouc, de muscles factices antagonistes de ceux qui produisent, maintiennent et aggravent les difformités; ou sur la création de muscles factices suppléant les muscles naturels atrophiés ou paralysés sans ressource.

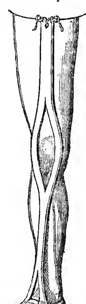
C. La suture élastique et ses divers procédés.

M. Rigal a terminé son discours en demandant au Congrès de consacrer par une décision explicite ses droits à la priorité des perfectionnements formulés dans les trois propositions ci-dessus.

La section des sciences médicales, présidée par M. Gaussail, n'a pas hésité à admettre les prétentions de notre confrère. Pour nous, tout motif d'égoïsme mis de côté, nous eussions préféré voir M. Rigal exposer ici ses droits en développant son système de déligation. Notre confrère doit se rappeler qu'avant son départ de Paris nous avons mis notre dessinateur à sa disposition et que toutes les figures qui doivent illustrer son travail sont gravées depuis longtemps. Il n'a donc pas dépendu de nous que M. Rigal vînt exposer avant M. Duchenne son système de prothèse plutôt que d'orthopédie physiologique.

Les idées de M. Rigal ne pouvant que gagner à être développées par lui, nous nous sommes abstenu de tenter de le suppléer dans cette tâche. Si notre savant confrère aborde le côté historique de la question, qu'il nous soit permis

de lui indiquer une notion précieuse à cet égard. Depuis le début du siècle, les fabricants de membres artificiels se disputent la priorité de la création des tendons. Voici une citation qui tranche tout litige à cet égard ; elle est empruntée aux œuvres d'Ambroise Paré. Dans son XVII° livre, traitant des *moyens et artifices d'adjovster ce qui defavt natvrellement ou par accident*, le grand chirurgien donne la figure ci-contre, avec le texte explicatif suivant : « D'abondant il aduient souuent que pour auoir receu quelque coup d'espée, aux tendons et nerfs de la iambe, le malade, après la consolidation, ne peut qu'à grande peine marcher et leuer le pied, le traînant en arrière, comme estant à demy paralytique. Pour remedier à cest accident, le malade avra vn chausson au pied, auquel sera attachée vne bande marquée AA, icelle faicte de toile large de trois doigts, laquelle sera fendue au milieu de la iambe, à fin qu'elle passe aux costés du genoüil, attachée fermement aux œillets du pourpoinct, à fin de tenir le pied esleuué lorsque le malade chemine. »



Cette figure est une addition faite à l'édition de 1575; voici donc près de trois cents ans que la notion d'un tendon artificiel a été introduite dans la prothèse. Il est vrai que cette division importante de la chirurgie est aujourd'hui rayée des traités classiques. Honneur à qui l'y replacera.

---

Une Société locale départementale, agrégée à l'association générale et réunissant déjà plus de la moitié des médecins de l'Allier, vient, grâce au concours de MM. Durand-Fardel, Bergeon et Laronde, de se constituer à Moulins.

---

Une autre Société locale départementale, agrégée à l'association générale, vient de se constituer à Epinal (Vosges).

---

Par décret en date du 28 janvier dernier, l'Empereur a nommé M. Chevillon président de la Société de prévoyance de Vitry-le-Français (Marne).

---

Sont nommés à sept emplois de médecins-aides-majors de 1re classe MM. Duraut, Lhonneur, Raux, Guimberteaux, Frilley, Hacherelle et Denoix, aides-majors de 2e classe.

---

M. le docteur Proust, chirurgien de 1re classe de la marine, a été mis à la disposition du ministre de l'Algérie et des colonies pour aller remplir les fonctions de chef du service de santé à la Nouvelle-Calédonie.

---

M. Girardias, pharmacien de 1re classe de la marine, passe dans le cadre colonial de la Guadeloupe, en remplacement de M. Carpentin, rattaché au port de Brest.

---

Le corps médical parisien, désireux de donner à M. le docteur Lescarbault un témoignage d'admiration et de sympathie, avait songé à lui offrir un banquet, mais notre confrère a décliné cet honneur. La Commission a pensé alors à ouvrir une souscription pour l'achat d'une puissante lunette qui lui permettrait de poursuivre ses recherches astronomiques. Nous sommes heureux de nous associer à cet acte de bonne confraternité et ouvrons une liste de souscription dans nos bureaux.

---

*Pour les articles non signés,* **E. DEBOUT.**

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## Observation d'éclampsie puerpérale traitée avec succès par les injections sous-cutanées de morphine.

Par le professeur Scanzoni, de Würzbourg.

L'attention du public médical a été attirée dans ces derniers temps par M. Wood d'abord, et plus tard par M. Hunter et par M. Béhier, sur les effets avantageux des injections sous-cutanées et principalement des injections narcotiques. Il me serait facile de grossir le nombre des succès que cette méthode de traitement a obtenus dans les névralgies, les hypéresthésies, etc.; mais je préfère rapporter une observation d'éclampsie puerpérale qui vient à l'appui des déductions formulées par Hunter, en ce qu'elle montre que nous possédons dans ces applications sous-cutanées des agents narcotiques un moyen d'agir d'une manière plus rapide et plus certaine sur les irritations anormales du cerveau que par l'administration des mêmes agents par la bouche et par l'estomac.

On me concédera sans doute facilement que l'opium et ses diverses préparations méritent la première place dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. Pour ce qui me concerne, l'observation d'un grand nombre de cas m'a conduit à cette conviction qu'une espèce d'intoxication produite par l'opium conduit plus sûrement à une terminaison favorable dans l'éclampsie puerpérale que l'emploi de tous les autres moyens recommandés contre cette cruelle maladie. Malheureusement il n'est pas toujours possible d'administrer à la malade une quantité suffisante d'opium ou de morphine : tantôt l'état comateux dans lequel les malades sont plongées, tantôt la rapidité avec laquelle se succèdent les paroxysmes empêche l'administration par la bouche; tantôt les lavements eux-mêmes, lorsqu'on s'en sert pour introduire les opiacés, sont rendus aussitôt qu'ils sont pris. Il serait donc utile de connaître une méthode qui permît de surmonter ces difficultés et à l'aide de laquelle on pût porter dans l'organisme une quantité d'opium assez considérable pour être sûr de ses effets. Cette méthode me paraît être celle des injections sous-cutanées.

Les nombreuses expériences que j'ai faites sur cette méthode m'ont convaincu que si l'effet du moyen n'est pas toujours persistant, si par exemple les névralgies ne sont pas toujours entièrement guéries, il se produit cependant toujours et en un temps très-court, souvent en quelques minutes, des phénomènes qui ne permettent

pas de douter de l'action de l'opium sur le cerveau. Une seule seringue remplie à moitié de méconate de morphine et contenant environ 2 grammes 1/2 (125 milligrammes) d'opium, portée dans le tissu cellulaire sous-cutané, détermine habituellement de l'assoupissement, des étourdissements, des douleurs de tête, des maux de cœur, des serrements à la gorge et même des vomissements, avec une dépression fontionnelle des nerfs du sein, et ces phénomènes, si la dose est plus forte, peuvent aller jusqu'à la somnolence.

Rapprochées de tous les faits déjà connus relatifs aux applications sous-cutanées dans le *delirium tremens*, la manie, la chorée, le tétanos, etc., ces expériences, qui montrent les effets rapides de l'emploi de la morphine par la méthode sous-cutanée, m'ont conduit à mettre cette méthode de traitement en usage dans l'éclampsie puerpérale, et le résultat a été des plus satisfaisants; car, ainsi qu'on le verra par l'observation suivante, après trois injections faites avec le méconate de morphine, il n'y a eu que deux accès en neuf heures, tandis qu'auparavant il y avait eu trois accès en une heure trois quarts. Or, la rareté des convulsions après les injections est d'autant plus à remarquer que l'expérience a montré que non-seulement les accès deviennent de plus en plus intenses à mesure que marche le travail, mais encore que, règle générale, ils se suivent à de plus courts intervalles.

Loin de moi l'espérance flatteuse d'avoir trouvé dans l'application sous-cutanée de la morphine une panacée infaillible contre cette terrible maladie; il me semble pourtant que le fait suivant est de nature à engager les médecins à essayer ce moyen.

*Obs.* D***, âgée de vingt et un ans, primipare, forte et robuste, fut apportée le 8 juin 1859, à sept heures trois quarts du matin, dans la salle d'accouchements. Le travail avait commencé dans la nuit; à la suite elle avait été prise de violentes attaques de nerfs pendant lesquelles elle avait perdu connaissance; du reste aucun renseignement sur l'espèce et la durée des accès; la malade ne se rappelait rien de ce qui lui était arrivé dans la nuit.

Tout le corps, et principalement les extrémités inférieures, étaient œdémateux. Du côté droit, la langue portait les traces des morsures que les dents y avaient imprimées. L'utérus répondait au creux de l'estomac et semblait assez consistant. Bruits du cœur du fœtus très-appréciables. Au toucher vaginal, la portion vaginale du col effacée, l'orifice dilaté comme une pièce de cinquante centimes, partie des eaux formée, présentation de la tête. Urines très-albumi-

neuses et offrant au microscope de nombreux cylindres fibrineux. D'après ces derniers renseignements, on pouvait affirmer que les accès de la nuit étaient éclamptiques, et cette présomption se changea en certitude, lorsqu'à huit heures elle fut prise d'un second accès éclamptique très-bien caractérisé; cet accès dura quelques minutes, après lesquelles elle revint à elle et put répondre aux questions, bien qu'avec lenteur. Troisième accès à huit heures trois quarts, quatrième à neuf heures trois quarts, cinquième à onze heures trois quarts, et sixième à cinq heures : celui-ci fut le plus fort. Après le quatrième accès, la connaissance fut perdue et ne revint plus, la respiration devint stertoreuse. A dix heures, saignée de 250 grammes; lavements avec 25 gouttes d'opium, bain entier et irrigations froides sur la tête pendant sa durée.

Comme l'opium ne pouvait être introduit à l'intérieur, une solution de méconate de morphine fut injectée sous la peau : trois injections en tout, la première avec 25 centigrammes; en tout, 75 centigrammes d'opium.

Le travail ne marchait qu'avec beaucoup de lenteur, les douleurs étaient très-éloignées. A trois heures de la nuit, la poche des eaux se rompit; l'orifice avait acquis la dilatation d'un écu de trois francs, la tête était toujours très-élevée et au-dessus du détroit supérieur, les bruits du cœur toujours très-distincts. A partir de ce moment la dilatation marcha plus vite; à sept heures l'orifice pouvait avoir la dimension d'un écu de six livres, et était très-extensible et très-dilatable, la tête toujours très-élevée et immobile. Perte complète de connaissance, coma profond.

Dans ces conditions qui laissaient bien peu d'espérance de sauver la malade, je me décidai, malgré la position élevée de la tête et la dilatation incomplète de l'orifice, à appliquer le forceps. Comme on peut le comprendre, cette application ne fut rien moins que facile, mais l'extraction ne présenta aucune difficulté. Après quelques tractions peu nombreuses, nous obtînmes un fœtus qui respira d'abord faiblement, mais qui ne tarda pas à geindre énergiquement; l'arrière-faix suivit. Pendant l'opération, il n'y eut pas d'accès.

Du vin, toutes les heures dix gouttes de teinture d'ambre et de musc furent donnés à la malade, ce qui la releva un peu, mais sans lui rendre sa connaissance. A onze heures du soir, septième accès, mais assez court et assez faible; après quoi, elle fut assez agitée, chercha à s'enfuir; vers le matin elle se calma. A neuf heures du matin, elle put répondre à des questions faites à haute voix; toute la journée elle resta comme ivre. Pouls à 128. On cessa le musc;

de la limonade seulement. Vers le soir, le ventre était un peu douloureux.

Dans la nuit, il y eut plusieurs petits accès de manie ; elle essaya constamment de se sauver. Le matin, elle répondait raisonnablement. Pouls à 108. L'œdème a diminué, ventre douloureux ; nombreux râles fins et gros dans les deux poumons, avec respiration difficile. (Bain tiède, limonade, infusion d'ipécacuana avec oxymel scillitique et sirop diacode.) Dans la soirée, la malade était pleinement à elle. Pouls à 132.

11 juin. Nuit tranquille, plusieurs garde-robes liquides, après une cuillerée d'huile de ricin ; œdème des grandes lèvres, ventre encore douloureux. Même potion qu'hier avec 1gr,50 d'opium. Cataplasmes sur le ventre et fomentations de camomille sur les parties sexuelles.

12 juin. Nuit tranquille, sommeil très-bon ; expectoration facile, encore des râles. Pouls à 120. Bain chaud et une potion comme hier sans opium. L'urine ne contient que peu d'albumine et pas de cylindres de fibrine.

13 juin. Bon état, plus d'œdème, ventre indolent. Pendant la nuit, l'urine s'échappe involontairement, et cette incontinence disparaît par le séjour prolongé d'une sonde. On suspend toute médication ; la malade est soumise à un bon régime et prend chaque matin un verre d'une eau minérale ferrugineuse. Le 17, il n'y a plus d'albumine dans l'urine. Le 21 juin, la malade quitte l'hôpital avec son enfant, emportant la recommandation de prendre un peu de fer pendant longtemps encore.

---

### Note sur le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle [1].

Par M. le docteur Duchenne (de Boulogne).

A. *Diagnostic.* — Quand un individu éprouve quelques troubles fonctionnels en écrivant, on ne manque pas de diagnostiquer une crampe des écrivains. Mais est-ce un spasme ou une paralysie ? Dans quels muscles l'affection s'est-elle localisée ? C'est ce qu'il importe de reconnaître.

On peut affirmer que non-seulement la forme paralytique n'a pas été reconnue, mais encore que le diagnostic local n'a point encore été fait exactement pour les muscles qui meuvent les phalanges. Il

---

(1) Voir la livraison précédente, p. 145.

ne pouvait l'être, par cette raison que la physiologie des mouvements de ces phalanges n'était pas connue avant mes recherches électro-physiologiques sur la main. Avec les notions qui découlent de ces recherches, rien ne sera plus facile dorénavant à faire que le diagnostic local, et l'on en comprend l'importance, quand il est indiqué de diriger une action thérapeutique sur les muscles affectés.

La maladie vient-elle à troubler une autre fonction que celle d'écrire, son diagnostic est moins facile à établir. Elle a été jusqu'à présent, dans ces cas, confondue avec des affections d'une autre nature. Je rapporterai bientôt comme exemples plusieurs cas de spasmes fonctionnels localisés dans le sterno-mastoïdien de deux côtés et d'un seul côté. Les caractères extérieurs de cette affection sont exactement les mêmes que ceux du torticolis ordinaire. Aussi, ces affections d'une nature si différente sont-elles facilement confondues. Cela est arrivé dans les cas que j'ai observés ; l'on verra cependant combien leur diagnostic intéresse le pronostic et conséquemment le traitement. Le seul signe distinctif qui empêchera toute erreur, c'est que le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle se manifestent seulement pendant l'exercice d'une fonction, comme l'indique le nom que je leur ai donné.

B. *Pronostic et traitement.* — Le pronostic de cette affection est fâcheux, car elle résiste généralement à toute espèce de traitement, et même, je dois le déclarer tout de suite, à la thérapeutique faradique, quel qu'en soit le mode d'administration. En effet, sur trente ou trente-cinq cas que j'ai soumis à la faradisation localisée, dans l'espace d'une douzaine d'années, je n'ai obtenu que deux succès. Je vais citer ces deux cas heureux.

OBS. *Spasme fonctionnel de l'extenseur de l'index chez une fleuriste, datant de quatre à cinq mois. — Anésthésie de la main. — Guérison, en quelques séances, de ce spasme, par la faradisation des muscles lésés.* — M^me^ Lorey, âgée de quarante-neuf ans, demeurant rue Meslay, n° 31, à Paris, exerçant la profession de fleuriste, avait éprouvé, en 1853, des engourdissements dans les doigts de la main gauche, et avait conservé une anésthésie incomplète des trois premiers doigts. Elle n'en éprouva aucune gêne pour travailler; mais depuis quelques mois, lorsqu'elle voulait rouler une tige entre les doigts pour faire un bouquet, son index droit se relevait et elle était forcée de suspendre son travail. Lui ayant fait rouler une tige, j'ai été témoin de ce phénomène morbide. J'ai constaté alors que la première phalange était étendue, sans qu'elle pût s'y opposer, et que l'extenseur propre de son index était seul contracturé; dans ce mouvement d'extension, ce doigt se portait vers le petit doigt (c'est l'action propre de ce muscle). Elle n'éprouvait

alors ni douleur ni crampe ; mais si elle cherchait à travailler malgré ce spasme, elle ne tardait pas à éprouver une fatigue dans tout le membre. La sensibilité de la face dorsale de la main et de l'avant-bras était diminuée. Cette femme n'avait jamais eu d'accès hystériques. Sa force musculaire était normale, ainsi que sa contractilité électro-musculaire. J'excitai l'extenseur propre de l'index avec un courant d'induction rapide, pendant quatre à cinq minutes, et après cette première séance elle roulait une tige entre l'index et le pouce, sans éprouver de spasme ; mais le lendemain ce phénomène morbide apparut de nouveau. Ce ne fut qu'après la troisième séance que l'amélioration se soutint, et à la sixième séance la crampe ne reparut plus. Le traitement avait commencé vers la fin de décembre 1854 ; c'est au commencement de février suivant qu'elle fut assez bien pour reprendre son état. A la fin de décembre 1855, la guérison s'était maintenue. J'ai aussi rappelé, en une séance d'excitation électro-cutanée, la sensibilité de sa main.

Voici le second cas de guérison de contracture spasmodique fonctionnelle.

Obs. M. X***, de Bordeaux, âgé de vingt-quatre ans, teneur de livres dans la maison de banque de son père, éprouve depuis cinq ans des troubles des sens, de la sensibilité et du mouvement. Ainsi, sa vue s'est affaiblie considérablement à gauche ; ses membres inférieurs ne possèdent plus leur force normale ; la sensibilité cutanée du membre supérieur droit est très-affaiblie. Sous l'influence des soins de M. Desmarres, notre habile oculiste, la vue a complétement recouvré ses fonctions depuis deux ans. Depuis la même époque, la force est revenue dans les membres inférieurs ; mais l'anesthésie du membre supérieur droit a persisté. La diminution de la sensibilité cutanée de la main n'empêchait pas M. X*** d'écrire aussi bien qu'auparavant, lorsqu'il y a un an et demi il s'est aperçu qu'à la fin de chaque mot sa main était agitée d'un mouvement convulsif qui lui faisait prolonger le trait de gauche à droite. Cet état s'aggrava au point qu'il lui fut bientôt impossible de se livrer à ses occupations habituelles. Il mettait un temps considérable à écrire quelques lignes, parce qu'il cherchait à empêcher ces mouvements qui rendaient son écriture illisible.

M. X*** vint réclamer mes soins en juillet 1855, et je constatai l'existence des troubles fonctionnels que je viens d'exposer. Je vis qu'après avoir écrit quelques mots assez bien, quoique lentement, la main éprouvait, à la fin des mots, et quelquefois après quelques lettres, un mouvement composé de pronation et d'abduction qui prolongeait le trait dans une longueur de 10 à 20 centimètres. Ce mouvement était brusque et produit par un spasme du rond pronateur et du sous-épineux, qui faisait tourner l'avant-bras en dehors, le bras lui servant d'axe. Ce spasme fonctionnel n'est et n'a jamais été accompagné de douleur ni de sensation de crampe. Il existait seulement un sentiment de fatigue et de brisement dans le membre supérieur droit, après avoir écrit une ou deux lignes,

et cela d'autant plus qu'il avait voulu empêcher les contractions spasmodiques. Je trouvai que la sensibilité tactile était diminuée à la main, à la pulpe des trois derniers doigts et à la région postérieure de l'avant-bras; mais que la sensibilité au pincement et à l'excitation électro-cutanée était normale. La force musculaire du membre supérieur droit était aussi grande qu'à gauche. M. X*** n'éprouvait des mouvements spasmodiques qu'en écrivant; il possédait sa dextérité manuelle pour toute autre chose. Mon pronostic fut tellement grave pour ce qui a trait à la résistance du spasme fonctionnel à toute espèce de médication que je témoignai à M. X*** ma répugnance à intervenir. Cependant je lui communiquai l'unique cas de guérison (celui qui a été rapporté plus haut) que j'avais obtenu sur des expérimentations très-nombreuses. Il désira tenter cette chance de guérison, et cela d'autant plus que je trouvais indiqué d'agir sur l'anésthésie par l'excitation électro-cutanée. Les deux modes de faradisation (musculaire et cutanée) furent menés de front. Après quatre séances, la sensibilité tactile fut ramenée à son état normal. (On se rappelle que l'anésthésie datait de cinq ans, ce qui gênait l'usage de la main quand M. X*** ne s'aidait pas de la vue). A la huitième, les contractions spasmodiques revenaient si rarement et étaient si faibles, que M. X*** avait pu écrire lisiblement une longue lettre à son père. A la seizième, les spasmes avaient entièrement disparu. M. X*** désira continuer, par précaution, le traitement pendant une quinzaine de jours encore, et retourna dans son pays parfaitement guéri. J'ai appris que la guérison s'est maintenue.

On remarquera que dans les deux cas précédents, où la faradisation localisée a triomphé, l'affection était compliquée d'anésthésie cutanée, phénomène que je n'ai rencontré dans aucun des autres cas. Ne pourrait-on pas douter alors que dans ces derniers cas de guérison par la faradisation, et dans les autres cas où cette médication s'est montrée complétement impuissante, lamaladie fût parfaitement identique?

En regard de ces deux guérisons de spasme fonctionnel de la main, j'aurais dû peut-être rapporter les insuccès très-nombreux (une trentaine au moins) de la même méthode de traitement appliquée à cette affection limitée à la même région, afin de mettre le praticien en garde contre les illusions qu'il pourrait se faire sur la valeur de ce moyen thérapeutique dans des cas analogues.

Mais il est une autre région où il semble que l'on doive mieux triompher du spasme fonctionnel; il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, comme on va le voir.

Obs. *Spasme des deux sterno-mastoïdiens, pendant la station assise ou debout. — Insuccès de la faradisation.* —M. B***, âgé de soixante ans, entrepreneur de pavage, demeurant à Saint-Germain (ayant été autrefois ouvrier paveur pendant quinze ans), d'une forte constitution, n'ayant jamais eu qu'une fluxion de poitrine. Pas de rhumatisme ni de douleurs antérieures. La tête a toujours été, naturellement, plus fléchie en avant qu'à l'état normal. Depuis l'âge de

vingt-cinq à trente ans, il a conservé un tic indolent très-léger de la face. En juillet 1855, il commença à éprouver un mouvement de flexion de la tête, pendant la station debout et assise, et surtout pendant la marche. Cette flexion de la tête était accompagnée de gonflement des deux muscles sterno-mastoïdiens, sans douleur. Ces phénomènes augmentèrent graduellement, et bientôt M. B*** eut de la peine à relever la tête, que les sterno-mastoïdiens fussent ou non contracturés. Les extenseurs de la tête étaient affaiblis. A la longue, lorsque la tête était restée pendant quelque temps fléchie par la contracture des sterno-mastoïdiens, M. B*** éprouvait une douleur ou une fatigue douloureuse dans la partie postérieure du cou, de la nuque à la deuxième ou troisième vertèbre dorsale. Vers le 30 août 1855, le malade me fut adressé par M. le professeur Nélaton, et je constatai les phénomènes suivants : Pendant la station debout ou assise, flexion permanente de la tête avec une telle force, que le menton s'enfonce dans la partie supérieure de la poitrine; roideur et saillie considérable des sterno-mastoïdiens contracturés. La tête est fléchie directement par la contracture synergique des deux sterno-mastoïdiens (fait pathologique très-rare, car habituellement la contracture est limitée à un seul côté, et alors la tête exécute un mouvement complexe de flexion et de latéralité). Si le malade se renverse et tient sa tête appuyée en arrière, la contracture du sterno-mastoïdien cesse à l'instant; mais dès qu'il n'y a plus de point d'appui pour la tête, soit que M. B*** veuille la retenir ou se placer dans la station, cette contracture reparaît avec une telle énergie, que ma main a une grande peine à l'empêcher.

M. B*** ne peut relever en arrière la tête fléchie en avant, ce qui prouve que ses muscles extenseurs sont impuissants. Cependant on observe qu'ils ne sont pas entièrement paralysés en le faisant pencher sur le côté ; car alors, n'ayant pas à vaincre la pesanteur de la tête, il peut l'étendre après l'avoir fléchie. Le spasme fonctionnel des sterno-mastoïdiens n'est pas douloureux, mais la flexion forcée, quand elle dure un certain temps, produit des tiraillements douloureux, surtout au niveau des dernières cervicales et des premières dorsales. Aussi, cette attitude de flexion lui était-elle devenue tellement intolérable, que M. Nélaton lui avait fait construire un tuteur métallique fixé au tronc par une ceinture et qui, placé en arrière, s'élevait jusqu'à la hauteur de l'occiput et donnait attache à une courroie qui, embrassant le front, était destinée à retenir la tête pendant la station. Mais la compression du front, occasionnée par la force de flexion due à la contracture des sterno-mastoïdiens, causa bientôt des douleurs qui ne permirent pas à cet appareil de remplir le but pour lequel il avait été construit. Toutefois M. B*** l'a utilisé si bien qu'il ne peut s'en passer. Il s'est, en effet, aperçu qu'en renversant un peu sa tête en arrière, de manière à l'appuyer sur la partie supérieure de son tuteur qui, justement, correspond à l'occiput, la contracture n'avait plus lieu; il continua donc à s'en servir comme appui pendant la station debout ou assise. De cette façon, il en éprouva un grand soulagement, et il put aller et venir et se livrer à ses affaires. Mais cette attitude, dans la-

quelle il était forcé de renverser un peu la tête et le tronc, changea les conditions d'équilibre et le fatigua aussi à la longue, de sorte qu'il n'était soulagé que momentanément par son appareil. Aussi voulait-il être débarrassé à tout prix de sa contracture, et demandait-il même qu'on lui coupât les muscles contracturés.

Avant d'en venir à une pareille extrémité, dont les résultats étaient certainement douteux (1), M. Nélaton conseilla d'essayer l'application de ma méthode de faradisation localisée. Je fis cette tentative, mais en prévenant mon malade que le pronostic était peu favorable, en raison de la nature de l'affection. Le 2 septembre 1855, je pratiquai la faradisation des antagonistes des sterno-mastoïdiens (des extenseurs de la tête) de manière à les exciter vivement, c'est-à-dire avec un courant de premier ordre, à intermittences rapides, et assez intense. La séance dura dix minutes. A la quatrième séance, la force des extenseurs de la tête s'était considérablement accrue, mais le spasme des sterno-mastoïdiens n'était pas modifié. A la quinzième séance, c'est-à-dire trente jours après le commencement du traitement, l'affection spasmodique était toujours dans le même état; cependant la puissance de l'extension de la tête était normale.

Pendant que je mesurais la force des extenseurs, en m'opposant à l'extension de la tête, je remarquai que le spasme des sterno-mastoïdiens ne se produisait pas, et si, au moment où il existait dans toute sa force, le malade cherchait à étendre la tête, pendant que ma main, placée sur sa nuque, en empêchait l'extension, je le voyais cesser immédiatement. Ce n'était pas le résultat de l'élongation des sterno-mastoïdiens par l'extension de la tête, puisque je la maintenais fléchie pendant que M. B*** contractait ses extenseurs. Ce curieux phénomène me parut produit par la déviation du courant nerveux volontaire, pendant lequel le courant nerveux morbide ne pouvait aller exciter le spasme des sterno-mastoïdiens. Ce fut pour moi un trait de lumière. J'avais en effet observé que la contracture, en général, cessait pendant que je dirigeais l'excitation électrique sur d'autres muscles. C'était aussi le courant électrique qui alors dérivait le courant nerveux spasmodique, et enlevait conséquemment la contracture. N'était-il donc pas permis d'espérer qu'on obtiendrait un meilleur résultat thérapeutique en combinant les deux moyens de dérivation, c'est-à-dire par les courants électriques et nerveux volontaires, alternativement dirigés sur les antagonistes des muscles contracturés? Voici le procédé de gymnastique localisée que j'ai mis immédiatement en pratique. Une bande en caoutchouc vulcanisé étant attachée par l'une de ses extrémités à la muraille, et l'autre à la partie antérieure du front par l'intermédiaire d'un frontal, je fis exercer à M. B*** des mouvements alternatifs de la tête, de manière à tendre, puis à relâcher graduellement cette bande de caoutchouc. Cet exercice, pendant lequel la contracture spasmodique

(1) Cette opération a été récemment pratiquée sans succès dans des circonstances semblables.

ne se montrait jamais, fut répété plusieurs fois par jour, chaque fois de dix à quinze minutes. Puis, je fis placer à l'extrémité occipitale de son appareil un tampon élastique en caoutchouc vulcanisé, qu'il repoussait légèrement pendant qu'il était dans la station, tantôt d'une manière continue, tantôt par une sorte de balancement antéro-postérieur de la tête. De cette façon, M. B*** put se promener ou rester debout plusieurs heures, sans être tourmenté par son spasme. Cette sorte de gymnastique, associée à la faradisation localisée, produisit une amélioration telle, en peu de jours, qu'il se crut guéri. Mais ce ne fut que momentané; les spasmes reparurent par moments avec la même force qu'auparavant, quand les moyens artificiels furent suspendus. M. B*** se fatigua d'un traitement qui jusqu'alors n'avait été qu'un palliatif.

Peut-être ce traitement eût-il mieux réussi s'il avait été continué plus longtemps. Je rapporterai plus loin, en effet, un cas de guérison de spasme fonctionnel. *(La fin au prochain numéro).*

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Moyen nouveau et très-simple de prévenir la raideur et l'ankylose dans les fractures. — Bandage articulé.

Note lue à l'Académie de médecine, par M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Afin d'éviter le soupçon d'exagérer l'importance de la lacune que je me propose de combler dans la thérapeutique chirurgicale, j'emprunterai sur ce point le jugement d'un homme dont la compétence ne saurait être contestée, celui du savant auteur du *Traité des luxations et des fractures*.

« La raideur des articulations, dit M. Malgaigne, est une de conséquences les plus fâcheuses et à la fois les plus générales du traitement des fractures...; et, ajoute-t-il un peu plus loin, trop heureux quand on n'est pas exposé à une véritable ankylose (¹) ! »

Sans doute il faut ici faire une distinction : toutes les fractures ne sont pas également sujettes à la raideur. Elle dépend surtout du siége de la rupture osseuse. Il y a, sous ce rapport, trois grandes catégories, qui se rangent dans l'ordre suivant : 1° les fractures des articulations; 2° les fractures voisines des articulations; 3° le fractures du corps des os.

Dans la première catégorie, il n'est pas rare que la raideur compromette pour plusieurs années ou même pour toujours les fonctions

(¹) Malgaigne, *Traité des luxations et des fractures*, t. Iᵉʳ, p. 295.

du membre. Nous nous bornerons à en citer un seul exemple. Une fracture des condyles du fémur, traitée par l'extension permanente, après cinq mois de séjour au lit, nécessita encore l'usage des béquilles pendant une année, et, huit ans plus tard, le genou toujours tuméfié avait à peine recouvré un mouvement de flexion de quelques degrés. Depuis, le malade a été perdu de vue ([1]). On sait que dans la fracture de l'olécrane, l'ankylose se rencontre trop souvent.

Pour la seconde catégorie, il suffit de rappeler les fractures de l'extrémité inférieure du radius, à la suite desquelles la raideur est si fréquente et si persistante.

Quant à la troisième catégorie, j'ai vu, après une fracture de la partie moyenne de l'avant-bras, traitée en province, une raideur si opiniâtre que je n'ai pu, au bout d'une année de persévérants efforts et d'un grand courage de la part du malade, rétablir complétement les mouvements du coude, et que le retour de ceux du poignet a exigé ce long espace de temps.

Cependant, malgré la légitimité de ces catégories, elles ne sont pas tellement séparées que M. Malgaigne n'ait pu les confondre dans un passage où les faits empruntés à toutes les régions des os s'accumulent pour démontrer la généralité de l'accident :

« Mais il faut accorder une attention beaucoup plus sérieuse aux effets produits sur les articulations, soit par la fracture même, soit par le traitement. Peut-être n'est-il pas une seule fracture qu'il soit permis de considérer comme guérie parce que la consolidation est faite ; car si par guérison on entend le retour des fonctions à l'état normal, il est trop vrai que les raideurs articulaires empêchent les fonctions du membre pendant beaucoup plus de temps qu'il n'en a fallu pour la consolidation des os.

« J'ai vu des fractures du col huméral, traitées par moi-même avec toute la vigilance possible, ne permettre le retour complet des mouvements du bras, qu'après deux ou trois mois. J'ai vu un malade traité par Boyer, qui n'avait pu marcher librement qu'un an après avoir été renvoyé *guéri* de sa fracture. J'ai vu des vieillards, renvoyés des hôpitaux comme guéris de fractures du col du fémur, ne pouvoir encore quitter leurs béquilles, après quatre ans, après sept ans ; j'en ai vu un qui, vingt ans après une fracture semblable, n'avait pas recouvré la libre flexion du genou ; et j'aurai à reproduire des faits analogues à l'occasion de presque toutes les frac-

---

([1]) Malgaigne, *loc. cit.*, p. 738.

tures. La raideur articulaire est donc la dernière conséquence et le phénomène le plus persistant après ces lésions, et ce n'est qu'après sa disparition que le membre rentre enfin dans la plénitude de ses fonctions normales ([1]). »

En jetant un coup d'œil sur l'origine de la raideur, on sera mieux à même d'apprécier le moyen préventif que nous lui opposons.

La cause de la raideur dans les fractures, c'est l'immobilité prolongée des jointures. Sans doute il arrive qu'une fracture qui porte essentiellement sur l'articulation, ou s'étend jusqu'à elle, la déforme par une coaptation inexacte des fragments; il se peut aussi, dans ce cas, qu'un cal exubérant pénètre dans la cavité de l'article ou pousse autour de ses surfaces des jetées irrégulières qui en gênent le jeu; quelquefois encore, l'inflammation traumatique intervient; mais ce ne sont là que des exceptions, et ce qui domine l'étiologie de la raideur, c'est, nous le répétons, l'excessive durée de l'immobilité des jointures.

Ce n'est pas seulement sur les articulations qui ont été elles-mêmes fracturées, ni sur celles qui sont dans le rayon fluxionnaire du foyer de la lésion osseuse, que s'exerce cette influence; mais elle se fait encore sentir sur les plus éloignées, sur celles, par conséquent, qui semblaient le moins exposées. Les faits ne l'ont que trop souvent montré sur le vivant, et, dans ces derniers temps, M. Teissier, de Lyon, a, le scalpel à la main, très-bien tracé ici le rôle de l'immobilité.

Des cinq observations qui servent de base à son travail, nous n'en rapporterons qu'une seule, parce qu'elle suffit à la démonstration.

Un jeune homme de vingt-sept ans, atteint d'une fracture oblique de la partie moyenne du fémur, fut soumis pendant vingt-deux mois à l'extension permanente, sans qu'il apparût aucun indice de cal. Il dut subir l'amputation. Le genou était engorgé et ankylosé. A la dissection on trouva, sur les parties correspondantes du condyle interne du fémur et du tibia, une érosion recouverte d'une fausse membrane, qui s'étendait au loin sur le reste du cartilage. Les deux condyles externes étaient réunis, au pourtour, par une fausse membrane très-adhérente, et au centre par une soudure à pleine surface de leurs cartilages, qui n'avaient pas éprouvé d'amincissement ni aucune autre altération. Une fusion analogue existait entre la rotule et la partie fémorale. Les fausses membranes adhérentes se retrouvaient jusque dans les articulations du coude-pied,

---

([1]) **Malgaigne, *loc cit.*, p. 109.**

où il y avait en même temps du sang épanché. Les os, malgré le ramollissement et l'infiltration sanguine de leur tissu spongieux, n'offraient pas, suivant l'auteur, les caractères de l'inflammation (1).

Singulier contraste! Les jointures se sont soudées et les fragments sont restés désunis. C'est que les extrémités articulaires assujetties par des liens fibreux étaient dans une immobilité que ne partageaient sans doute point les bouts divisés de l'os. A de pareils arguments que peut-on ajouter?

Les articulations sont faites pour le mouvement; condamnées à l'immobilité, elles s'irritent et s'enflamment sourdement; leurs ligaments se rétractent, et leurs surfaces trop serrées ne peuvent plus glisser l'une sur l'autre ou même elles se soudent. Telle est l'origine de la raideur et de l'ankylose dans les fractures.

Le traitement des fractures se trouve ainsi placé entre deux écueils : la mobilité des fragments et l'immobilité des articulations voisines. Cependant le plus souvent les appareils à attelles s'étendent au moins jusque sur l'une des jointures de l'os ; ils la dépassent nécessairement, toutes les fois que la lésion osseuse siége sur les surfaces articulaires ou s'en rapproche, une contention exacte ne s'obtenant qu'à ce prix.

Les bandages solidifiables recouvrent le membre jusqu'à ses extrémités et condamnent au repos plusieurs de ses articulations, ou même toutes quand la fracture porte sur le haut du bras ou de la cuisse. Dans ces conditions, on ne peut imprimer de mouvement aux jointures qu'en levant et en renouvelant l'appareil, double opération qui compromet la consolidation par les secousses inévitables qui retentissent sur les fragments. Le chirurgien, plus occupé de son but, la réunion de l'os, que d'un accident qu'il regarde, au moins jusqu'à un certain degré, comme fatalement lié à la nature des choses, ne touche à l'appareil que dans l'intérêt de la fracture elle-même, et perd de vue les articulations.

Nous croyons avoir trouvé la méthode qui assure l'immobilité des fragments, en même temps qu'elle permet le jeu de la jointure, et remplit ainsi deux indications qui paraissaient inconciliables. Au lieu d'entourer le membre à la manière d'un cylindre inflexible dans toute sa longueur, mon bandage, au niveau de chaque articulation, présente lui-même une articulation correspondante.

Pour établir cette brisure, il suffit, dans un appareil solidifiable

(1) Teissier, Gazette médicale, 1841, p. 609.

ordinaire, d'interposer une mince couche d'un corps gras à deux tours de bande superposés. Ainsi lubrifiés par leurs faces contiguës, ces deux tours restent indépendants, et jouent merveilleusement l'un sur l'autre. Il n'y a, d'ailleurs, que deux règles spéciales à suivre dans l'application de ce bandage : 1° des deux circonvolutions qui composent l'articulation en s'emboîtant l'une l'autre, celle qui entoure l'os fracturé doit être l'interne, enveloppée par celle qui recouvre la jointure du membre, disposition qui laisse entière la solidité de la contention ; 2° cette *circonvolution interne*, surtout dans les fractures des jointures et dans les fractures voisines des jointures, doit s'avancer jusqu'à l'extrémité brisée de l'os et même la déborder sensiblement, afin de maintenir plus sûrement les rapports des fragments. On remplit ces deux conditions en posant l'appareil en autant de segments que le membre qu'il doit recouvrir en présente lui-même, en commençant par l'os fracturé sur lequel la première bande s'épuise en le parcourant d'une extrémité à l'autre ; ensuite on étend une mince couche d'axonge sur la circonvolution initiale de ce segment, si c'est là seulement qu'on veut articuler le bandage, et aussi sur la circonvolution terminale, dans le cas où il doit passer en ce sens sur une autre jointure.

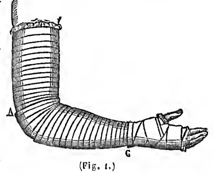
Rien n'est plus facile que de poser ainsi l'appareil par tronçons isolés ; mais on peut aussi le faire d'une seule pièce, quel que soit le nombre de ses articulations, en lubrifiant avec de l'axonge les faces contiguës de deux circonvolutions au niveau de chacune des jointures du membre. Il faut alors en commencer l'application par l'extrémité saine de l'os fracturé ; de cette façon, dans l'articulation de l'appareil, le dernier tour de bande qui concourt à assujettir les fragments est emboîté par celui qui dépasse l'os rompu. Dans une fracture du poignet, par exemple, on fait descendre les tours de bande depuis le pli du bras jusqu'à l'extrémité inférieure des apophyses styloïdes du radius et du cubitus ; arrivé là, on procède à l'onction de la dernière circonvolution, puis on achève le bandage, en y ménageant, si l'on veut, de nouvelles brisures au niveau de celles de la main.

Quant à la substance solidifiable, son choix n'a rien de spécial ici ; on peut imbiber une bande de linge avec une solution de dextrine, d'amidon, de colle-forte ; dans le cas où il y a une grande tendance au déplacement, nous donnions autrefois la préférence à une bande de gutta-percha, qu'une simple immersion dans l'eau chaude (à 70 ou 80 degrés) rend souple et adhésive, et qui a la précieuse propriété de reprendre instantanément sa consistance par le

refroidissement. Mais, à côté de cet avantage, la gutta-percha offre un inconvénient grave, celui d'arrêter le produit de la transpiration et d'entretenir ainsi sur le membre une humidité fâcheuse ; ce défaut de perméabilité nous a fait promptement renoncer ici à l'usage cette substance.

Le corps gras interposé aux circonvolutions ne les a pas tellement séparées qu'elles ne restent encore unies en quelques points, ce qui donne temporairement à l'appareil toutes les propriétés d'un moule inflexible. Après les premiers jours, huit ou dix, dès que la douleur le permet, une légère flexion imprimée à l'articulation du bandage lui rend sa mobilité. Alors le chirurgien peut, dans une mesure convenable, faire exécuter à la double jointure de l'appareil et du squelette des mouvements chaque jour plus étendus. Plus tard, quand la consolidation sera un peu avancée, le malade lui-même sera chargé de ce soin. Ces manœuvres sont sans danger, car la partie efficace du bandage, celle qui est appliquée sur toute la longueur de l'os fracturé, maintient les fragments en rapport. Au premier abord, on pourrait craindre, surtout si la lésion osseuse siégeait près d'une jointure ou en atteignait même les surfaces, que les fragments, obéissant à la traction des ligaments et des muscles, ne vinssent à se déplacer pendant ces mouvements. Mais, et c'est un des avantages du bandage articulé, en commençant de bonne heure à entretenir la liberté de la jointure on ne laisse pas aux fibres ligamenteuses ou musculaires le temps de se raccourcir, et elles ne se tendent pas ici plus que dans les mouvements naturels pour lesquels leur longueur a été calculée.

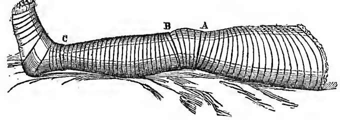
Le jeu de cet appareil est donc aussi simple que son exécution. J'achèverai d'en donner une idée par une comparaison. Avec ses anneaux imbriqués, qui se meuvent les uns sur les autres au niveau des jointures, le bandage articulé rappelle certaines pièces de l'armure des anciens chevaliers, le brassard, par exemple, ou mieux encore les animaux à squelette extérieur, parce qu'en effet il semble, en quelque sorte, suppléer l'os brisé.



(Fig. 1.)

Les figures suivantes représentent : l'une (fig. 1), le bandage du membre su-

périeur; et l'autre (fig. 2), le bandage du membre inférieur, avec leurs brisures, situées, pour le premier, au coude (A) et au poignet (C); pour le second, un peu au-dessus du genou (A), un peu au-dessous (B) et au bas de la jambe (C). Assez souvent, dans la fracture de la cuisse, je supprime l'articulation placée au bas du genou (B).




(Fig. 2.)

Ce n'est au fond, comme on le voit, que le bandage solidifiable ordinaire avec une onction entre deux circonvolutions. Mais, on peut le voir aussi, toute minime qu'elle est matériellement, cette modification en change complétement le rôle : c'est une goutte d'huile qui transforme l'appareil. Auparavant, en raison de l'exactitude même de son action et du temps pendant lequel il était maintenu en place, il exposait plus qu'un autre à la raideur et à l'ankylose; aujourd'hui, avec ses articulations, il nous paraît éminemment propre à prévenir ces redoutables conséquences des fractures.

C'est aux faits qu'il appartient de justifier cette appréciation. Je pourrais en rapporter plusieurs que j'ai recueillis à la Charité, où je remplaçais, il y a dix ans, le professeur Gerdy; mais, comme ils ont déjà reçu la publicité d'un grand hôpital, je préfère en tirer quelques autres de ma pratique privée. Il m'a, d'ailleurs, été plus facile ici de suivre les malades après la guérison, et de m'assurer ainsi que la liberté de la jointure n'avait rien coûté à l'exactitude de la réunion des fragments. Je prendrai mes exemples dans les diverses régions, afin que des détails qui ne seraient pas entrés dans la description générale puissent se trouver dans ces cas particuliers ; c'est là, d'ailleurs, qu'ils sont le plus faciles à saisir.

Je ferai remarquer, pour ne pas être taxé de précipitation, que ma première observation remonte à plus de douze années. C'était une fracture du coude, où le bandage articulé fut appliqué avec l'approbation de votre savant président. J'avais également soumis l'idée à M. le professeur Nélaton, qui lui accorda une exces-

sive bienveillance. Qu'ils me pardonnent l'un et l'autre d'avoir rappelé leurs paroles encourageantes ; la méthode est fondée sur un principe à mon avis incontestable, et appuyée sur une expérience déjà longue ; mais en se présentant devant l'Académie, en quelque sorte sous les auspices de deux de ses membres les plus éminents, elle la trouvera prévenue en sa faveur et sera plus sûre d'un accueil indulgent.

Je commencerai par mon premier fait ; non pas qu'il soit le plus concluant, mais parce qu'il est le premier.

Obs. I. *Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.* — M. Jules Fauvelle, boulevard Bonne-Nouvelle, 9, était âgé de dix ans, d'une faible constitution.

Le 14 avril 1846, en courant, les yeux dirigés sur son ballon, qu'il avait lancé en l'air, il fait un faux pas et tombe sur le coude droit. Il s'écrie qu'il a le bras cassé et ne peut se relever. Je vis le blessé deux heures après l'accident.

L'avant-bras était dans une extension et une supination presque complètes ; la déformation était considérable : le coude, entraîné en dehors, n'était plus dans l'axe du bras, et, à la partie interne et supérieure de la jointure, une saillie se prononçait d'une manière très-apparente. Cette saillie assez aiguë, et située immédiatement au-dessus de l'épitrochlée, se continuait manifestement en haut avec le côté interne de l'humérus ; c'était la pointe du fragment supérieur. Au côté externe, il n'y avait rien d'appréciable à l'œil, mais aux doigts on sentait, à environ deux travers de doigt au-dessus de l'épicondyle, une irrégularité résistante, et au-dessus un enfoncement, formés, l'un par l'extrémité du fragment inférieur, l'autre par la dépression du fragment supérieur.

En ramenant le coude en dedans et en bas par des tractions modérées sur l'avant-bras, en même temps qu'on refoulait la saillie interne en dehors, la déformation s'effaçait entièrement. Mais la saillie, bien que disparue à la vue, se retrouvait encore quelque peu au toucher.

Les parties abandonnées à elle-même, le déplacement se reproduit aussitôt. Pendant cette manœuvre, on percevait une crépitation bien franche. Il s'agissait donc d'une fracture très-oblique, située immédiatement au-dessus de l'articulation, avec un double déplacement du fragment inférieur en dehors et en haut.

C'était dans l'extension que la réduction se maintenait le mieux ; je dus dès lors conserver cette attitude au membre, et j'appliquai le premier jour un bandage roulé, depuis la main jusqu'au tiers supérieur du bras, puis trois attelles, une antérieure et deux latérales, qui ne dépassaient que l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Bien entendu qu'à chacune d'elles correspondait un étroit coussin de balle d'avoine. Elles furent assujetties par des circulaires.

Le 17 avril, M. Laugier fut appelé en consultation et put vérifier les caractères de la fracture tels qu'ils viennent d'être présentés. Le

même appareil fut appliqué, et renouvelé quatre jours plus tard.

Le 23, M. Laugier, qui voulut bien revoir le malade avec moi une seconde fois, constata la tendance de la saillie du fragment supérieur à reparaître en dedans et la nécessité de la surveiller.

Le 27, il y avait encore une certaine mobilité entre les fragments; néanmoins, pendant que je les maintenais très-exactement avec les deux mains, je fis imprimer des mouvements de flexion à l'avant-bras. Ces mouvements étaient déjà bornés et douloureux. Ce fut cette raideur, jointe à l'imperfection de la consolidation de la fracture, deux lésions, dont l'une, en suivant la voie tracée, devait s'aggraver par les moyens dirigés contre l'autre, ce fut, dis-je, cette coïncidence qui me suggéra l'idée du bandage propre à concilier ces deux indications, le bandage articulé.

Voici comment je procédai à son application :

1° Pendant que la réduction est maintenue par des tractions sur le poignet, je garnis d'ouate les saillies osseuses du coude et je pose une bande sèche sur le membre, en commençant par le haut du bras.

2° Une bande dextrinée est appliquée de la même manière, sauf qu'au niveau du coude et du poignet, deux circonvolutions sont enduites de suif sur leurs faces correspondantes.

3° Pour suppléer l'action du bandage dextriné durant sa solidification, deux attelles de carton non mouillé sont placées sur le membre depuis le tiers supérieur du bras jusqu'au poignet et assujetties par des tours de bande écartés.

4° Dessiccation de l'appareil à l'aide de boules d'eau chaude.

Le lendemain, j'enlève les attelles, et je fais jouer les deux articulations du bandage dextriné, en imprimant surtout des mouvements au coude, manœuvre que je répète les jours suivants.

Le 27 mai, le quarante et unième jour de l'accident, je supprime définitivement l'appareil.

La motilité est assez bien conservée, ou plutôt rétablie, car elle avait d'abord été compromise, pour permettre dès le lendemain le jeu du cerceau, et, au bout de deux mois, le membre avait recouvré toute sa force et toute son agilité.

Le 26 mai 1857, onze ans après l'accident, il m'a été impossible, à l'examen le plus attentif, de retrouver aucune trace de la fracture.

Ce fait d'une fracture très-oblique, très-voisine de la jointure, montre à la fois, par l'exactitude de la réunion et par l'intégrité des mouvements, que le bandage articulé répond à ces deux indications fondamentales.

Obs. II. *Fracture de l'extrémité inférieure du fémur.* — Edouard Hey, rue Saint-Lazare, 134; dix ans et demi, constitution ordinaire.

Le 4 octobre 1849, cet enfant, en traversant la rue à sept heures du soir, est renversé par un fiacre chargé, dont une roue lui passe sur la cuisse gauche; il essaye en vain de se relever.

Arrivé deux heures après l'accident, je trouve le blessé dans l'état suivant.

Il est couché sur le dos, la jambe saine dans la demi-flexion pour soutenir le poids des couvertures, le membre malade dans l'extension, reposant sur son côté externe et incapable d'exécuter un mouvement. A environ trois travers de doigt de la rotule, la cuisse gauche est déformée, élargie; à ce niveau, une saillie anormale se prononce en dedans et en avant, et se continue avec le corps du fémur; c'est le fragment supérieur. On sent bien moins la saillie du fragment inférieur en arrière et en dehors. Raccourcissement de plus de deux travers de doigt, mesure prise, des deux côtés, de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sommet de la malléole externe, le membre sain étant dans la même attitude que le membre malade.

Les rapports des fragments et ce raccourcissement montrent clairement une fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière. Le fragment inférieur avait éprouvé une ascension et une rotation en dehors. En pressant en sens opposé les fragments suivant le plan de la fracture, on obtenait aisément la mobilité anormale et la crépitation.

La solution de continuité pouvait porter sur le cartilage de jonction de la diaphyse et de l'épiphyse; mais, outre la netteté de la crépitation, le degré de l'obliquité de la fracture prouvait qu'elle s'étendait à l'os.

Le gonflement était déjà notable à ce niveau; il commençait aussi à se former au genou, où un épanchement se manifestait par la fluctuation, le choc rotulien, etc. Cet épanchement, malgré l'absence de la crépitation sanguine, me fit craindre dans le premier moment que la fracture ne pénétrât dans la jointure, par une fente secondaire partageant verticalement en deux le fragment inférieur; mais il n'y avait pas de trace de mobilité entre les condyles : c'était une hydrarthrose, phénomène du voisinage ou dépendant peut-être du froissement de l'articulation par la roue.

Comme la douleur était en même temps très-vive à la fracture, je me bornai le premier jour à un commencement de réduction par des tractions modérées et par le rétablissement de la direction du pied, qui fut maintenu avec des coussins. Je prescrivis des cataplasmes sur le genou et sur la fracture.

Le lendemain, la tuméfaction n'avait fait que des progrès peu marqués, surtout au niveau de la fracture. Dès le troisième jour, elle avait assez diminué pour permettre l'application du bandage articulé, à laquelle je procédai avec l'aide de MM. Bacquias et Moynier, élèves très-distingués de l'hôpital de la Charité.

La veille, j'avais posé un bandage en étrier, imprégné de dextrine et auquel j'avais incorporé deux lacs, un de chaque côté, destinés à suspendre des poids.

Pour retenir le tronc, un lacs rembourré est passé dans l'aine du côté sain, et noué à la tête du lit.

La réduction est opérée, et pendant qu'elle est maintenue par la traction des poids suspendus à l'étrier, le bandage articulé est appliqué. Il emboîte exactement la racine du membre, en envoyant des circonvolutions autour du bassin. Prenant un point d'appui sur le

tronc, et un autre sur le coude-pied, moulé sur les parties et solidifié pendant que la réduction était assurée par les tractions continues des poids, il devait s'opposer au raccourcissement, en même temps qu'il contenait latéralement la fracture. Des boules d'eau chaude furent placées autour du bandage, qui était sec le lendemain.

Le cinquième jour, les poids et le lacs inguinal sont enlevés, et l'appareil abandonné à lui-même.

En raison de l'obliquité de la fracture, je ne fis jouer l'articulation du bandage que le quinzième jour, et je répétai cette manœuvre d'abord tous les deux jours, puis tous les jours, en augmentant progressivement l'étendue des mouvements que j'imprimais à la jambe, et, au bout de six semaines, la veille de la suppression du bandage, ils allaient presque jusqu'à l'angle droit. Le malade fut mis dans un bain qui le débarrassa de l'appareil, et quelques jours après il marchait à l'aide d'un bâton, en fléchissant le genou et presque sans faucher. Un mois plus tard, il marchait sans appui avec une claudication à peine marquée et qui disparut bientôt entièrement.

Aujourd'hui, huit ans après l'accident, on ne peut, ni dans la conformation, ni dans les fonctions du membre, découvrir le moindre vestige de la fracture.

Ce qui me paraît digne de remarque dans cette observation, ce sont et l'exactitude de la réunion de la fracture, et la conservation de la mobilité du genou, malgré le voisinage de la jointure et sa participation plus ou moins directe au traumatisme.

Sans doute, un appareil ordinaire eût également bien maintenu les fragments; mais peut-on répondre du degré de raideur qui eût été la conséquence de l'immobilité prolongée, surtout avec la complication d'une lésion articulaire? Nous ajouterons que sans la pusillanimité de l'enfant, le rétablissement des fonctions du membre eût été plus rapide encore.

Obs. III. *Fracture du coude. — Contusion énorme. — Bandage articulé. — Guérison rapide sans aucune raideur.*—M^lle^ Augustine Macker, rue des Vinaigriers, 38. C'est une enfant de quatre ans et demi, d'une bonne constitution.

Le 4 novembre 1855, elle jouait dans le chantier de son père, marchand de bois en gros. Un tronc de merisier, mal assujetti, se détache d'une pile de 50 centimètres de haut, renverse l'enfant sur le ventre, lui roule sur les membres inférieurs et les reins, et s'arrête à la poitrine, à cause de la faiblesse de l'impulsion ou de l'inégalité du sol. Il se fit une évacuation subite de la vessie et du rectum.

La pièce de bois pesait au moins 250 kilogrammes. Les parents purent craindre un instant que l'enfant ne fût écrasée; mais heureusement, le coude gauche seul était sérieusement atteint. Il l'était, il est vrai, très-gravement, et le médecin de la famille, M. le docteur Dicharry, qui jugea très-bien la situation, m'écrivait que « l'articulation paraissait broyée. »

En effet, une heure et demie après l'accident, le coude, surtout

dans sa partie humérale, offrait un gonflement si considérable, que les reliefs et les dépressions auxquels il doit sa configuration avaient entièrement disparu. Toute la face antérieure de l'articulation sur l'avant-bras, comme sur le bras, était occupée par un vaste épanchement de sang, qui se distinguait dans la tuméfaction générale par sa mollesse, sa fluctuation et la sensation d'écrasement de caillots qu'il donnait aux doigts. La douleur est si vive, que l'appréhension du moindre contact est extrême, et les mouvements volontaires nuls. Une légère pression dans le pli même du bras produit une crépitation très-prononcée. Ces symptômes, joints à la puissance de la cause vulnérante, m'inspirèrent d'abord la crainte que les surfaces articulaires ne fussent sérieusement atteintes ; mais un examen plus approfondi nous fit pencher, mon habile confrère et moi, vers une opinion plus favorable. En fixant, avec beaucoup de précaution, le bras près de l'article, on pouvait, dans une certaine mesure, imprimer à l'avant-bras des mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination, sans douleur notable, et surtout sans crépitation. Il devenait dès lors permis de penser que la jointure, au moins dans ses principaux engrenages, était restée étrangère à la fracture.

Quant au siège précis de la lésion osseuse, la douleur et la tuméfaction en rendaient la recherche impossible; ce qu'on pouvait dire, c'est que si elle ne s'étendait pas à l'articulation, elle s'en approchait beaucoup.

Il n'y avait pas à songer à remédier à un déplacement dont on ignorait le sens et même l'existence. On dut donc s'en tenir au simple repos et aux cataplasmes. Ce ne fut que le douzième jour que la diminution de l'épanchement sanguin permit de mieux apprécier les caractères de la fracture. Le fragment supérieur faisait en avant une saillie de plus d'un centimètre en largeur et en épaisseur, et qui descendait jusqu'au niveau de l'interligne articulaire. La situation de ce fragment et la nature de son relief indiquaient une fracture oblique en bas et en avant, et très-près de la jointure, car à l'œil comme à la mesure le raccourcissement n'était pas sensible. En arrière, on ne trouvait pas au doigt le fragment inférieur. Peut-être y avait-il, avec une fracture oblique, un décollement de l'épiphyse.

On pouvait craindre que la saillie de la pointe du fragment supérieur en avant n'arrêtât l'avant-bras au delà de la flexion à angle droit; cependant, comme ce mouvement allait déjà jusqu'à ce degré, que les fragments paraissaient liés assez fortement, que la douleur était encore vive, et qu'on ne savait point, dans cette fracture mal déterminée, si des tractions ne seraient pas plus nuisibles qu'utiles, nous ne fîmes que des tentatives de réduction très-modérées et qui n'occasionnèrent pas de changement bien marqué dans la fracture.

A partir du cinquième jour, des mouvements ont continué d'être imprimés au coude, presque à chaque visite. Le douzième jour, l'avant-bras, placé entre l'angle obtus et l'angle droit, et entre la pronation et la supination, fut entouré d'un bandage roulé qui re-

montait sur le bras jusqu'à l'insertion du deltoïde; deux attelles de carton mouillé furent moulées sur le membre, en avant et en arrière, depuis le poignet jusqu'au tiers supérieur du bras; elles furent assujetties par des circulaires.

Le quatorzième jour, la petite malade s'étant plainte d'une douleur assez forte, l'appareil fut enlevé. On ne trouva aucune trace de lésion imputable à une constriction ou à une pression exagérée; cependant, on laissa le membre entouré d'un simple cataplasme pour donner à la douleur le temps de se calmer.

Le seizième jour, la douleur et la tuméfaction étant dissipées, on procède à l'application du bandage articulé. L'avant-bras est placé dans la même attitude que précédemment, sauf que la flexion est un peu plus rapprochée de l'angle droit. Une articulation est établie au poignet comme au coude. Dès le lendemain, la dessiccation était complète, et l'on put imprimer à ces deux jointures des mouvements qui furent répétés tous les jours jusqu'au vingtième. On enlève l'appareil pour visiter le membre; les choses étant en bon état, on renouvelle le bandage, dont on fait jouer les articulations le lendemain et les jours suivants. Le trente-sixième jour, il est définitivement supprimé, et le membre entouré d'une bande roulée et soutenu dans une écharpe.

La malade, qui depuis longtemps portait la main à sa bouche, jette son écharpe en notre présence et se sert de son membre avec une aisance vraiment surprenante. Pour tout indice de la fracture, on ne trouve toujours que la légère saillie du fragment supérieur dans le pli du bras.

J'ai revu la petite malade, le 27 mai 1857, et il est impossible de distinguer de quel côté était la fracture, autrement que par la saillie précédente, encore reconnaissable au toucher. La conformation extérieure du membre et ses fonctions ne diffèrent absolument en rien de l'état normal.

Ce cas est remarquable par la cause de la fracture, par le siége de la lésion, aussi près que possible de la jointure, qui, peut-être même n'avait pas été respectée, par la précocité et la fréquence des mouvements imprimés à l'avant-bras, par le retour rapide de ses mouvements spontanés; enfin, par une guérison exempte de toute difformité, — car la saillie du fragment supérieur ne se sent que profondément au toucher, — exempte aussi de la plus légère altération fonctionnelle.

Ainsi, voilà une fracture qui touche en quelque sorte à l'articulation, si elle ne s'étend pas jusqu'à elle, et, avec une consolidation parfaite, la jointure est, au moment de la suppression de l'appareil, presque aussi libre qu'à l'état normal. Rien, selon nous, ne pouvait être plus propre à mettre en évidence la supériorité de la méthode. Citerons-nous encore des cas de l'hôpital de la Charité, où des femmes pouvaient coudre, tricoter et écrire au quinzième jour d'une

fracture de l'extrémité inférieure du radius, fracture pourtant si souvent suivie de raideur? Ajouterons-nous que plusieurs de nos élèves — car il y a plus de dix ans que nous avons fait connaître cet appareil à notre clinique et dans nos cours de l'École pratique, — ont obtenu d'aussi beaux résultats.

Je voulais m'arrêter là; mais, depuis la lecture de mon travail à l'Académie, j'ai observé un fait si concluant, que je ne puis résister au désir de le rapporter en quelques mots.

*Fracture des malléoles. — Bandage articulé. — Liberté extrême des mouvements du pied.* — Le 9 août 1859, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, 5, Henriette Dalmers, âgée de trente-huit ans, vernisseuse sur bois, rue de Montreuil, 32. Constitution robuste, intelligence un peu bizarre.

La veille, elle était tombée d'une façon dont elle ne rend pas bien compte, et s'était fracturé les deux malléoles de la jambe droite à leur base, au niveau de la surface articulaire horizontale du tibia; elle n'a pu se relever ni marcher ensuite.

Le pied était tourné sur son axe, regardait en dedans; il se transportait d'une seule pièce d'un côté à l'autre, dans une grande étendue, sans la moindre impulsion, et avec une crépitation très-marquée; pas d'ecchymose. On place d'abord la jambe dans une gouttière de fil de fer, et on applique des cataplasmes.

Au bout de huit jours, le bandage articulé est posé; il a très-bien joué.

Le 10 septembre, ce bandage a été enlevé, et les mouvements du pied avaient en tous sens repris toute leur liberté et s'exécutaient sans douleur, et la marche était littéralement la même que s'il n'y avait jamais eu de fracture.

Cette fracture, qui tombe en plein dans une des articulations les plus susceptibles, est donc sortie du moule avec une consolidation parfaite et avec la plénitude des mouvements articulaires.

Appuyé sur des principes rationnels et sur des faits sévèrement observés, le bandage articulé ne paraîtra peut-être pas indigne de l'attention des chirurgiens, et c'est avec confiance que nous attendons le jugement de leur expérience.

---

### De la méthode endorganique. — Catarrhe de vessie; injections au tannin.

Par M. le professeur Alquié, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

Les lésions chirurgicales surtout offrent deux indications majeures de traitement: l'une se rapporte à la cause interne, ou vice morbide, d'où provient le mal; l'autre s'attaque aux désordres or-

ganiques eux-mêmes. En général, dans la pratique, on cherche à remplir ces deux sources d'indications. Tous les jours, par exemple, on ordonne des spécifiques contre l'affection syphilitique, en même temps que l'on combat les symptômes eux-mêmes. Mais fort souvent l'on se borne à attaquer la surface des altérations pathologiques à l'aide de pommades, onguents, liniments, cataplasmes, emplâtres, douches, etc., etc. Il nous semble plus rationnel et plus efficace de porter les ressources médicinales dans l'épaisseur même des parties lésées. Ainsi l'on se comporte, quand on pratique des injections diverses dans les cavités ou canaux naturels; les injections hypodermiques récemment préconisées rentrent dans la même manière d'agir. Mais pour bien comprendre toute la portée de cette action modificatrice, il faut se pénétrer de ce principe qui veut introduire au sein des tissus altérés les agents thérapeutiques, en même temps que souvent on les administre par les voies digestives. Tel est l'esprit de cette méthode thérapeutique ainsi généralisée, que nous mettons en œuvre depuis longtemps, et dont nous nous proposons de montrer quelques résultats heureux.

Depuis longtemps nous combattions les catarrhes de vessie par l'injection des diverses substances que l'on a coutume d'administrer à l'intérieur. Ainsi, à part le copahu, nous avons employé des émulsions avec l'iode, l'iodure de potassium, la térébenthine, les baumes de la Mecque, de Tolu, le sulfo-tannate de zinc, le tannin, etc. Nous en avons parfois retiré des résultats favorables, notamment de ces deux dernières substances. Nous avons été un peu surpris de voir les injections de tannin préconisées tout récemment contre cette opiniâtre maladie (¹). Voici l'histoire de l'un de nos malades guéris à la faveur des injections de tannin.

OBS. I. *Catarrhe de vessie considérable.—Injections au tannin. — Guérison.* — Tougne, âgé de quarante-trois ans, doué d'une bonne constitution, sergent au 2ᵉ régiment du génie, fait remonter sa maladie actuelle à l'année 1839. A cette époque il contracta une blennorrhagie dont il obtint, dit-il, guérison complète, qu'il renouvela en 1854, et qui reparut en 1855. Par suite des fatigues de la campagne de Crimée, ce militaire éprouva des douleurs aux lombes, des spasmes au col de la vessie, de fréquents besoins d'uriner, et des souffrances au périnée. Alors, et pendant quinze jours, il fut atteint d'hématurie. Ensuite les urines devinrent bourbeuses, et donnèrent des dépôts abondants. Cet accident s'étant renouvelé amena cet homme dans nos salles, le 13 juillet 1859. Il présentait alors un amaigrissement prononcé, une faiblesse profonde,

(¹) Gazette des Hôpitaux, octobre 1859.

des urines sanguinolentes, presque noires, très-fétides, chargées de flocons albumineux fort adhérents au vase. Le malade fut mis alors à l'emploi de pilules de térébenthine, de frictions de pommade au tannin sur le périnée, et à un régime sévère. Le 23 juillet nous eûmes recours à l'injection dans la vessie d'une émulsion au copahu. Mais le 1er août suivant, nous poussâmes dans la vessie une émulsion composée de : tannin, 2 grammes ; eau, 100 grammes, etc. Avant cette dernière injection, il était survenu peu d'amélioration. Le 4 août, nouvelle injection avec 3 grammes de tannin ; le malade en ressentit un peu de cuisson, mais un bien-être réel succéda bientôt à cet état. Le lendemain les urines étaient moins rouges, le dépôt bien moins abondant, et nullement gluant. Le 6 août, nouvelle injection avec 4 grammes de tannin ; le lendemain, on note une grande amélioration ; les urines sont moins chargées, plus de douleurs, envies moins fréquentes d'uriner. Le 8 août, autre injection avec 4 grammes de tannin ; amélioration croissante sous l'influence de cinq nouvelles injections pareilles. Reconnaissant le grand bien qu'elles lui ont procuré, ce militaire en demande une dernière le jour même de sa sortie, le 25 août ; sa guérison complète est constatée un mois après.

C'est là un exemple des bons effets que l'on peut retirer des injections avec 1 à 4 grammes de tannin émulsionné, et sur 100 grammes d'eau, contre le catarrhe si rebelle de la vessie. Chez certains malades atteints en même temps d'hématurie, comme en ce cas, les mêmes injections ont produit une diminution ou une suspension des pertes de sang. Quand le tannin seul ne procurait pas de changement favorable ou provoquait de vives douleurs, nous avons eu recours avec avantage à l'injection d'une émulsion avec le sulfo-tannate de zinc : en voici un exemple.

Obs. II. *Catarrhe de la vessie.—Injections avec le sulfo-tannate de zinc. — Guérison.* — Dillensenger, âgé de vingt-cinq ans, sapeur au 2e régiment du génie, fut atteint de syphilis à l'âge de dix-huit ans. Deux ans plus tard il contracta une blennorrhagie qui persista pendant quatorze mois. Envoyé en Afrique, il y fut atteint de fièvres intermittentes, dont l'opiniâtreté le ramena en France. La fatigue de la route renouvela sa blennorrhagie, contre laquelle il fit des injections d'eau blanche, qui furent suivies d'envies fréquentes d'uriner et de tous les symptômes d'un catarrhe de la vessie, dont il ne put se débarrasser pendant longtemps. En outre, s'étant livré à l'équitation, il se froissa les testitules, et aggrava l'irritation de la vessie. Alors il entra à l'Hôtel-Dieu le 30 juin 1859. Nous constatâmes chez ce militaire une blennorrhée, une orchite, et un catarrhe de vessie très-prononcé. Sous l'influence de remèdes appropriés, l'engorgement du scrotum et la blennorrhée ayant été combattus, nous dirigeâmes le traitement contre le catarrhe vésical.

Le 22 juillet, une injection au copahu est faite dans la vessie et renouvelée le 24 et le 26. Aucune amélioration n'étant constatée,

nous avons recours, le 29 juillet, à une injection composée de : tannate de zinc, 2 grammes ; eau, 100 grammes, émulsionnée avec un jaune d'œuf. La même injection est répétée le 1er août. Aucun inconvénient ne résulte de l'emploi de ce remède, qui est bien toléré et qui détermine une amélioration sensible. Le 4 août, nouvelle injection avec 3 grammes de sulfo-tannate de zinc, et avec 4 grammes de la même substance dans l'injection suivante. Les 8, 10, 13, 15, 17 et 21 août, des injections pareilles sont pratiquées, et amènent une guérison complète du catarrhe vésical. Aussi cet homme, en quittant nos salles, disait : « C'est le seul remède qui ait agi avec une efficacité marquée contre mon infirmité. »

Ces essais d'injections très-variées dans la vessie étaient dictés par l'application générale d'une méthode que nous appelons *endorganique*. Nous tentons ainsi de déterminer des modifications thérapeutiques dans les organes malades, en y portant directement les remèdes divers que l'on emploie communément, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. Ainsi, toutes les substances employées en frictions, pommades, emplâtres, pilules, potions, etc., sont portées par nous jusqu'au sein de la partie lésée. Tantôt ce sont des cavités naturelles, tantôt des tissus normaux, d'autres fois des organes altérés, souvent enfin des produits morbides. Les sondes ordinaires, les trocarts de différentes dimensions, des seringues volumineuses ou exiguës comme celles d'Anel ou de Pravaz, des seringues en verre, sur lesquelles nous avons fait tracer une graduation à millimètres, etc., nous servent en pareilles circonstances. Les substances les plus diverses sont injectées ainsi, suivant les indications thérapeutiques. Aux exemples précédents nous en joindrons quelques autres dignes de l'attention des praticiens, sans avoir toutefois l'intention de fatiguer le lecteur d'un exposé sans fin, mais dont on peut concevoir aisément l'étendue et la variété.

(*La fin au prochain numéro.*)

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Un mot sur la désinfection de l'huile de foie de morue.

La médecine n'a plus seulement à se préoccuper de remplir l'indication thérapeutique ; le soin qu'on a apporté depuis trente années à parer aux saveurs un peu prononcées d'un grand nombre de médicaments ont rendu les malades exigeants et le *jucundè*, à leurs yeux du moins, passe avant le *tutò*. Ce besoin est tel aujourd'hui, qu'il faut compter avec lui, et il irait même, si on n'y prenait

garde, jusqu'à pousser à l'adultération de bon nombre d'agents de la matière médicale. L'huile de foie de morue en est un exemple ; son introduction dans des capsules, son mélange avec les sirops aromatiques, sa solidification, etc., ne suffisent plus ; on est venu à exiger qu'on dépouille désormais cette huile de son goût de poisson, qu'on détruise en un mot cette savour qui est lo cachet le plus précieux de la bonne qualité de ce produit.

Puisque les sirops aromatiques ne suffisent pas toujours à masquer le goût de l'huile de foie de morue, nous conseillerons aux médecins qui se trouveront appelés à les remplacer de leur substituer un produit nouveau dont l'odeur est très-pénétrante : la nitro-benzine ou mirbane. 7 ou 8 gouttes de nitro-benzine rectifiée et lavée à la magnésie, ajoutées à 100 grammes d'huile blanche, nouvellement arrivée, suffisent pour lui donner une saveur sucrée et une odeur d'amande amères [1]. J'ai pu prendre jusqu'à six cuillerées à bouche de cette huile ainsi aromatisée, sans éprouver de dégoût; mais au bout de quelques jours de cet essai, j'ai éprouvé une répugnance analogue à celle que j'éprouve pour l'éther et le chloroforme, et je suis revenu à l'huile pure et sans aucune addition. Ce phénomène, qui peut m'être commun avec quelques autres personnes, n'empêchera pas un grand nombre de malades, surtout celles que leur peu de ressources condamne à user exclusivement des huiles nauséeuses du commerce, de mettre à profit cette propriété de la nitro-benzine, afin de prendre ce médicament avec moins de répugnance. GRIMAULT.

---

**Sur la préparation du sirop de quinquina. Formule très-simple.**

Devant l'insuffisance de la formule proposée par le Codex, M. Dannecy a pensé devoir recommander à ses confrères l'usage d'un moyen qu'il a expérimenté, et dont le succès ne laisse rien à désirer. A ce sujet notre savant confrère nous permettra de lui rappeler que nous n'en sommes plus au temps où les extraits se fabriquaient à feu nu, que l'obtention des matières extractives a eu aussi son progrès, et qu'avec les appareils permettant d'opérer dans le vide, on se procure aujourd'hui des produits complétement solubles. Sans vouloir jeter ici le moindre blâme sur le procédé de notre confrère de Bordeaux, je donne la formule suivante d'un

(1) Nous recommandons à nos confrères de n'employer que la nitro-benzine pure; celle qui contient encore de la benzine donne au produit une saveur des plus désagréables.

sirop de quinquina normal qui, j'ai lieu de l'espérer, sera adoptée par tous les pharmaciens. Aucune préparation de ce genre ne peut lui être comparée ; elle satisfait le médecin, en même temps qu'elle flatte le malade.

Pr. Extrait de quinquina jaune sec de Grandval.... 15 grammes.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée chaude.......................... 500 grammes.

Ajoutez :

Sucre blanc................................. 500 grammes.

Faites fondre au bain-marie, et passez dans une étamine ou filtrez au papier. Ce dernier mode, adopté depuis dix ans dans ma pharmacie, donne un produit beaucoup plus clair et se conservant beaucoup mieux.

L'extrait de quinquina jaune sec de Grandval est complétement soluble dans son poids d'eau distillée bouillante, sans résidu et sans magma insoluble.

La solution est d'une limpidité qui permettrait de l'employer immédiatement ; cependant il vaut mieux la filtrer, afin d'obtenir une préparation plus belle.

J'ose espérer que la Commission savante qui doit reviser, ou mieux, refaire le Codex, livre devenu insuffisant et presque inutile à la pharmacie, livre entaché d'erreurs et d'impossibilités, que cette Commission, dis-je, voudra bien remplacer par la formule ci-jointe toutes celles, erronées ou difficiles, publiées jusqu'à ce jour.

Chapoteaut.

---

**Sur la préparation de la pommade citrine.**

Pour préparer la pommade citrine, on fait fondre simplement des corps gras, et l'on ajoute la solution mercurielle lorsqu'ils sont à moitié refroidis. En opérant ainsi, on obtient, on le sait, une pommade d'assez belle couleur citrine qui disparaît au bout de très-peu de temps ; en effet, bientôt la pommade commence à blanchir et devient ensuite grisâtre, phénomène dû à la réaction continue des corps gras sur l'azotate de mercure.

M. Croven s'est assuré qu'en maintenant les corps gras fondus pendant quelques minutes à une température assez élevée pour que le mélange commence à bouillir, et en ajoutant en ce moment et peu à peu la liqueur mercurielle, on obtient une pommade qui se conserve sans altération plus longtemps que celle préparée par les moyens ordinaires.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Note sur les bons effets des ventouses sèches. — Manière de préparer extemporanément, et en tous lieux, les veilleuses employées pour l'application de ces agents hémospasiques.**

La médication hémospasique n'occupe peut-être pas, dans la pratique courante, une place aussi importante que celle que lui mérite incontestablement la puissance remarquable de ses effets. La cause en est, vraisemblablement, aux légers embarras matériels que comporte cet *applicata*.

Un certain nombre de praticiens seraient fort embarrassés, s'il leur fallait appliquer des ventouses sans se servir des cloches en verre, préparées à cet effet. Il ne leur suffit pas, pour cela, de remplacer ces dernières par le premier verre venu ; il faut encore qu'ils puissent disposer de ces petites mèches destinées à brûler sur l'huile, et connues sous le nom de veilleuses, s'ils ne veulent point s'exposer à endommager l'enveloppe dermoïde de leurs malades, en faisant tout simplement usage de papier. Mais l'homme de l'art ne saurait constamment être muni de ces petits objets, qui pourraient cependant lui rendre de signalés services, lorsque, dans un danger pressant, il se trouve, privé de toute ressource possible, réduit à ses seuls et uniques expédients. Telle est précisément la position où l'on se trouve journellement, dans la pratique rurale. Aussi est-ce surtout à l'adresse de mes pareils, les médecins qui exercent dans les campagnes, que ces lignes sont écrites. Je vais leur enseigner la manière de confectionner des veilleuses, et partant leur donner les moyens de procéder sur-le-champ à une application de ventouses, chez les malades même les plus déshérités des dons de la fortune.

Il n'est pas la plus pauvre chaumière où l'on ne trouve un bouchon en liége, une pelote soit de coton à tricoter, soit de laine, soit du fil à coudre, une aiguille à ravauder, un morceau de cire brute, un bout de cierge, voire même de chandelle. Avec ces objets vulgaires, on peut confectionner extemporanément d'excellentes veilleuses. Voici le *modus faciendi*.

On forme avec un certain nombre de filaments de coton, de laine, de fil, une sorte de mèche, dont l'épaisseur doit être subordonnée à l'aire du chas d'une assez grosse aiguille ; cette même mèche une fois enfilée on en réunit les deux chefs, de telle sorte que son volume se trouve par là même doublé. On en confie l'une des extrémités à un aide, qui la tient fortement fixée entre les doigts. Le médecin

conserve l'autre, énergiquement maintenue entre le pouce et l'index de la main gauche ; saisissant alors avec la droite le morceau de cire ou de chandelle, il en enduit dans toute sa longueur la mèche qui, convenablement tordue, puis polie entre les doigts, se transforme bientôt en un véritable cordon, parfaitement régulier, d'une consistance assez grande, et susceptible de brûler très-uniformément et avec une lenteur convenable.

Le dernier temps de l'opération est des plus simples. On taille un certain nombre de disques en liége. Pour munir chacun d'eux de sa mèche, il suffit de les traverser successivement, par leur centre, avec l'aiguille, qui entraîne après elle le cordon préparé, jusqu'à ce que son extrémité terminale soit parvenue au niveau de la surface inférieure du bouchon.

Il ne reste plus qu'à opérer, d'un coup de ciseaux, et à la hauteur voulue, la section de la mèche. Il va de soi-même que la quantité des veilleuses ainsi confectionnées est essentiellement subordonnée à la longueur du cordon préparé. Comme il n'est guère possible de poser plus de huit à dix ventouses à la fois, il suffit d'un petit nombre de disques en liége. On remplace les mèches aussi souvent que cela devient nécessaire.

Voilà certes bien des paroles pour décrire une petite opération aussi facile que rapide. Si j'en juge, toutefois, par les services que m'ont plus d'une fois rendus, dans les circonstances signalées, ces mèches et ventouses ainsi extemporanément préparées, j'ose espérer que plus d'un praticien ne regrettera pas les quelques instants qu'il aura consacrés à me lire.

Pour ce qui est des applications pratiques de la méthode hémospasique ainsi appliquée, l'étendue, plus grande déjà que je me l'étais proposé, de cette simple note, m'avertit qu'il convient de n'en point trop encore prolonger les limites, en consacrant des détails inutiles à une médication parfaitement connue dans ses effets. Je me contenterai donc de mentionner les bons résultats que j'ai retirés de ces puissants agents de révulsion, dans un certain nombre de cas de pertes utérines sans matière ou, pour me faire mieux comprendre, sans cause locale matérielle appréciable, dans l'œdème pulmonaire, épiphénomène si fréquent dans l'albuminurie, dans la pneumonie hypostatique, ainsi que dans l'apoplexie des organes respiratoires, grave complication que l'on rencontre notamment quelquefois dans la dyscrasie albumineuse [1].

---

[1] J'ai observé deux cas de cette nature, dans ces six dernières semaines.

Qu'on me permette seulement d'esquisser à grands traits un cas extrêmement grave de métrorrhagie, vraisemblablement ménopausique, dans lequel la méthode hémospasique a été couronnée d'un succès complet, bien que presque inespéré.

Mme X***, âgée de quarante-cinq ans, me fit appeler le 8 décembre, pour combattre une perte utérine qui comptait déjà trois semaines de date. Cette femme était presque exsangue : muqueuses décolorées ; exaltation nerveuse extrême ; peur de la mort extraordinaire ; pouls petit et très-fréquent ; tressaillements musculaires généraux continuels ; la dyscrasie du sang est telle que ce fluide filtre, depuis huit jours, par les urines, colorées par lui en rouge brun foncé et d'une extrême fétidité. Congestion du rein gauche qui, suivant chacun de ses deux diamètres, mesure un centimètre de plus que son congénère. J'essayai nécessairement, et sans aucun avantage marqué, du perchlorure de fer, et par haut et par bas ; des boissons, des lavements froids, du seigle ergoté, de la rue, de la sabine, du tamponnement utéro-vaginal, etc. L'hémorrhagie n'en continuait pas moins.

Le 13 décembre enfin, je procédai, en désespoir de cause, à une application de ventouses sèches. J'en fis placer une centaine dans la journée. Ce moyen réussit aussitôt à modérer l'hémorrhagie. Je le fis continuer trois ou quatre jours, en diminuant graduellement le nombre des ventouses. Je soumis en outre la malade à l'usage de la viande crue. Le 16 décembre son état était méconnaissable ; les urines ne contenaient plus que quelques traces de sang ; le rein gauche était revenu à ses dimensions normales ; le souffle cardiaque, très-retentissant lors de ma première visite, était également beaucoup diminué. Le 19, j'ai visité, pour la dernière fois, la malade qui n'a pas tardé à se rétablir complétement. — Je n'hésite aucunement à faire, dans l'espèce, tous les honneurs de la cure à la méthode hémospasique.

Tout récemment encore cette même médication me rendait un signalé service, chez une femme de la campagne affectée d'une perte utérine extrêmement abondante, et survenue à la suite d'une fausse couche effectuée au terme de deux mois et demi. Je m'estimai heureux, dans ce danger pressant, de pouvoir fabriquer sur-le-champ des mèches à ventouses.

---

L'un d'eux était, en outre, compliqué d'épistaxis. Les deux malades n'ont pas tardé à succomber, bien que chez eux les ventouses sèches aient rempli à souhait le but que je m'étais proposé d'atteindre.

Je recommande donc à mes confrères le procédé en question, qui pourra à l'occasion leur être utile. L'invention n'est pas merveilleuse, il est vrai ; mais, dans la pratique, il n'est point de petites choses, et ce sont souvent les conceptions les plus simples et les plus utiles qui se présentent en dernier lieu à l'esprit. L. HAMON, D. M.
à Fresnay-le-Vicomte.

**Piqûres de sangsues, et collodion.— Observation de médecine pratique.**

Tous les jours on se sert, pour arrêter le sang qui coule de la piqûre des sangsues, de l'agaric de chêne, vulgairement nommé *amadou*, de la toile d'araignée, de la poudre de colophane, d'alun, etc. Lorsque ces substances sont insuffisantes, on a recours à une solution de perchlorure de fer, ou à la cautérisation avec la pierre infernale, le fer rouge même ; l'expérience nous a démontré qu'on peut avantageusement remplacer tous ces moyens par l'emploi du collodion. Quelques couches de cette préparation ferment promptement l'ouverture des piqûres de l'annélide, en les mettant à l'abri du contact de l'air. STANISLAS MARTIN.

## BIBLIOGRAPHIE.

***Traité de diagnostic médical*, ou *Guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies*, par M. le docteur V.-A. RACLE, médecin des hôpitaux, ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.**

« Quand on veut faire connaître la science du diagnostic, on n'a qu'une voie à suivre : il faut décrire les signes, considérés en eux-mêmes, et indépendamment des maladies dans lesquelles ils se rencontrent. Ainsi, on indiquera d'abord la manière de les chercher, de les trouver : ensuite on enseignera à les interpréter, à en chercher la valeur. » Avant de juger ce livre, nous avons cru en devoir extraire ce court passage, parce qu'il marque bien et l'esprit dans lequel il a été conçu et la manière dont il a été exécuté. Mais est-ce là véritablement un traité de diagnostic médical ? Nous ne le pensons pas : c'est bien plutôt un fragment détaché de nosographie générale, une véritable séméiologie. Quoi qu'en dise l'auteur, qui a très-judicieusement prévenu cette objection et s'est efforcé de s'en défendre, un traité de diagnostic proprement dit est, ce que tous les pathologistes ont compris jusqu'ici, un chapitre détaché de la nosographie, et dans lequel les maladies sont posées

avec leur individualité distincte, dessinées avec les traits qui caractérisent chacune d'elles. Maintenant, bien que, dans notre humble opinion, le titre de ce livre ne soit pas en parfaite concordance avec le sujet bien délimité qui y est traité, M. le docteur Racle a-t-il fait une œuvre utile en publiant cet ouvrage? a-t-il bien compris la didactique de la science et ses exigences? Nous n'hésitons pas à répondre affirmativement à cette double question : oui, certainement ce livre est utile; et non-seulement il doit préparer heureusement à l'étude de la science tout entière ceux qui commencent à aborder cette étude, mais il ne sera pas moins profitable à une foule de praticiens, dans l'esprit desquels il mettra l'ordre à la place de la confusion, que la pratique, qui trop souvent conduit à la routine, produit à peu près inévitablement. De peur de tomber dans des subtilités, hâtons-nous de quitter cet ordre d'idées; montrons sommairement ce qu'est le livre de notre distingué confrère, et si notre très-légère critique trouve dans les pages qui vont suivre sa justification, notre éloge en ressortira bien plus éclatant encore.

Après avoir tracé en quelques lignes la division fort simple de son ouvrage, M. Racle débute par des considérations générales sur le diagnostic, qu'il étudie sous le rapport objectif et subjectif, dont il établit la nécessité, et pour agir thérapeutiquement, et pour n'agir pas, suivant les circonstances, et auquel il indique les sources où il doit puiser les éléments, signes actuels ou anamnestiques, d'où doit sortir, en définitive, le jugement qui le constitue un acte de l'intelligence. Ces vues générales sont exposées sobrement et avec une parfaite lucidité : ces idées sont dans l'esprit de tout le monde, mais elles n'y sont pas toujours peut-être dans cet ordre parfait, qui est comme la lumière de la vérité. Ces prolégomènes sont heureusement complétés par l'exposé rapide des règles à suivre dans l'examen des malades. Dans cette courte exposition, nous retrouvons un reflet de la manière un peu minutieuse peut-être du maître dont M. Racle se glorifie d'être l'élève, et qui se justifie ici d'ailleurs par le but principal que se propose l'auteur. Enfin, l'ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris arrive à l'objet fondamental de son travail, à l'exposé des signes des maladies, qu'il divise en signes actuels et en signes anamnestiques ou commémoratifs, dont il traite successivement dans deux parties distinctes, mais d'une étendue fort inégale, comme chacun le prévoit. Le livre premier de la première partie est consacré aux maladies de la tête et du système nerveux; le deuxième livre, aux maladies de la poitrine; le troisième, aux maladies de l'abdomen. On ne saurait concevoir un

plan plus primitif : mais n'en vaut-il pas un autre, surtout au point de vue bien délimité auquel M. Racle se place? Pour nous, nous le croyons fermement. Quant au second livre, le plan auquel l'auteur a cru devoir le soumettre est encore plus simple, car il n'en a pas : les sujets fort importants qu'il y traite, l'âge, le sexe, le tempérament, l'hérédité, les professions, les habitudes ; les influences climatériques, épidémiques, endémiques; les maladies antérieures, etc., considérés comme éléments de diagnostic, y sont étudiés tour à tour et sans autre ordre logique qu'une succession nécessaire.

Telle est, en peu de mots, l'économie générale du livre de M. le docteur Racle; mais nous manquerions notre but, qui est de bien faire saisir la pensée coordonnatrice de l'ouvrage, si nous n'indiquions en même temps la méthode que suit l'auteur, dans l'exposé didactique des signes des maladies qu'il étudie successivement, et dont il s'applique à déterminer la signification diagnostique. Tous les phénomènes morbides que peuvent présenter les divers appareils de l'organisme vivant, qu'il étudie tour à tour, doivent d'abord être exposés dans leur physionomie la plus tranchée comme dans leurs nuances les plus légères, dans leur mobilité la plus changeante comme dans leur marche la plus arrêtée, etc. : c'est ce que l'auteur appellerait volontiers la *séméiotechnie;* puis, dans une étude beaucoup plus difficile et qui relève toute de l'intelligence, il s'efforce de bien déterminer la signification de ces phénomènes en tant qu'expression définie, voix vivante, distincte, des nombreuses déterminations nosologiques. Nous avons dit que la première partie de cette tâche ardue était la plus facile : pour y réussir, cependant, il faut une plume exercée, habile, souple, qui sache reproduire jusqu'aux nuances morbides les plus délicates où se trouve souvent la vérité. Nous n'oserions dire qu'écrivain non sans talent, M. Racle, qui est jeune encore, y ait toujours complétement réussi : sa langue n'est pas toujours assez riche, son pinceau n'a pas toujours des couleurs assez finement nuancées pour reproduire, dans toute leur vérité, non-seulement ces cris, mais ces murmures; non-seulement ces grandes désorganisations, mais ces altérations à peine esquissées de l'organisme souffrant.

Bien que la seconde partie de cette tâche fût plus difficile, l'auteur nous a paru s'en être acquitté d'une manière plus heureuse encore : tous ces symptômes sont interprétés dans le sens des maladies qu'ils peuvent exprimer de la manière la plus judicieuse. Qu'on lise surtout dans ce sens tout ce qui a trait aux maladies du cœur, des poumons et de la tête, et l'on se convaincra bien vite qu'il n'y a rien d'exagéré dans

l'éloge que nous venons de faire de cette partie du travail de M. Racle. Les maladies du cœur sont surtout traitées avec un soin extrême: une erreur souvent commise encore aujourd'hui par les médecins de Paris même, à ce qu'il paraît, et qui consiste, sur la foi d'un bruit de souffle cardiaque mal interprété, à considérer comme une maladie organique du centre de la circulation de simples palpitations nerveuses, sous la dépendance d'un état chlorotique ou chloro-anémique; cette erreur si grave au point de vue du pronostic, du traitement même, a été mise par l'auteur en un jour si éclatant, que les médecins atteints d'une cécité incurable pourront seuls, désormais, s'y laisser entraîner. La part de M. Bouillaud est réelle, sans aucun doute, dans cette interprétation vraie d'un ensemble de phénomènes souvent mal saisis au début de ce siècle; mais il nous semble que tout le monde a un peu concouru à ce progrès, et qu'il appartient surtout à ceux-là même qui ont étudié les altérations du sang dans les maladies, et ont montré que la surexcitation nerveuse naissait souvent du fait seul de la diminution des globules dans le liquide sanguin, ce facteur de toute vie. Nous signalerons encore ici une appréciation très-saine d'un fait commun dans les maladies du cœur, et qui a été surtout étudié dans ces derniers temps par M. Beau, bien qu'il ne l'ait pas inventé, sous le nom d'*asystolie*, que nous ne goûtons pas autant que notre savant confrère. L'exagération qu'a apportée dans l'interprétation de ce fait le médecin de la Charité a été heureusement corrigée par M. Racle, qui d'ailleurs, et en somme, ne nous paraît pas admettre autant qu'il le dit la théorie de M. Beau. Il faut, du reste, lire là même cette intéressante digression, pour s'édifier complétement sur cette question, naguère si bruyamment agitée.

Mais revenons sur nos pas, et disons un mot de la partie du livre où est étudié le diagnostic des maladies du système nerveux. Tous les symptômes auxquels donnent lieu ces maladies sont compendieusement et très-heureusement exposés. Nous signalerons surtout dans cette partie tout ce qui a trait à l'hypéresthésie, à l'anesthésie, à l'analgésie, à l'extinction du sentiment musculaire, à la paralysie, aux convulsions, au délire, au vertige nerveux qu'on a démontré, dans ces derniers temps, être une individualité morbide distincte, et qui, à ce titre, devra figurer dans les nosographies où il brillait par son absence. Tous ces phénomènes sont étudiés largement dans leur signification nosologique, et cette étude approfondie, complète, fait de cette partie de l'ouvrage de M. Racle une des parties les plus intéressantes. Nous n'y signalerons qu'une lacune

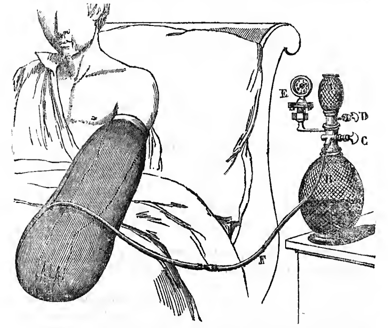
que nous avons été étonné d'y rencontrer, quand nous voyons l'auteur, partout ailleurs, toujours en vedette pour saisir à l'horizon de la science le plus léger mouvement qui annonce le progrès. Cette lacune est relative à la paralysie. L'auteur suit ce symptôme dans toutes les maladies où il peut survenir, depuis l'hémorrhagie cérébrale jusqu'à l'hystérie, et ne dit rien de la paralysie dite diphthéritique. Cette lacune est d'autant plus regrettable qu'il y avait là une foule de questions toutes neuves à traiter, à montrer cette paralysie dans son développement si singulier et encore si peu connu, et qui n'arrive, en général, que dans la convalescence de la maladie dont elle est la dernière expression. Il nous aura suffi de signaler cette lacune dans cet ouvrage d'ailleurs si complet, pour que M. Racle, dans une prochaine édition, s'empresse de la combler.

Nous aimerions encore à suivre l'auteur dans le reste de son livre, et lorsqu'il traite de la séméiologie des maladies de l'abdomen, et lorsqu'il étudie les signes anamnestiques ou commémoratifs des maladies; mais force est de nous arrêter ici. Si là encore nous rencontrions quelques rares erreurs à rectifier, comme un *peut-être*, relativement à la question de savoir si la fièvre typhoïde réside tout entière dans les lésions de l'intestin, cette critique, diluée jusqu'aux doses homœopathiques, ne ferait que mieux ressortir l'éloge que cet ouvrage, considéré dans son judicieux ensemble, nous paraît si bien mériter.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

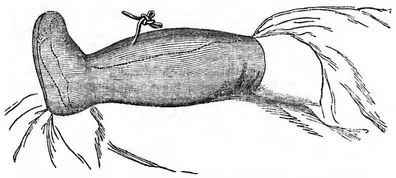
Influence de l'acide carbonique sur la cicatrisation des plaies. — Depuis un certain nombre d'années, MM. Demarquay et Leconte poursuivent avec un zèle des plus louables leurs recherches sur l'action des gaz appliqués à l'organisme vivant. Dans leur premier mémoire adressé à l'Académie des sciences, ils étudient l'influence que certains gaz exercent sur nos tissus lorsqu'ils ont été injectés dans le tissu cellulaire ou le péritoine. Il résulte de ces expériences que l'oxygène, l'azote, l'hydrogène, l'acide carbonique ne sont nullement toxiques, et que tous, à l'exception de l'azote, sont promptement absorbés; qu'enfin ils ne restent pas à l'état d'isolement au milieu de nos tissus, car bientôt les gaz du sang viennent s'y mêler. Ces faits de l'innocuité des gaz cités plus haut, bien déterminés, MM. Demarquay et Leconte ont étudié avec soin le rôle que ces mêmes gaz peuvent jouer au contact des tendons divisés

par une section sous-cutanée : or, il résulte de leurs expériences que l'oxygène, mis chaque jour au contact des tendons divisés, en retarde d'une manière très-sensible l'organisation, ou mieux la réparation des plaies sous-cutanées. L'hydrogène a une action bien plus nuisible encore, tandis que l'azote est complétement dépourvu d'action. L'acide carbonique se distingue des gaz qui précèdent en ce qu'il active d'une façon merveilleuse la réparation des tendons divisés. Ce fait une fois constaté, il était tout naturel d'espérer que l'acide carbonique, mis au contact d'une plaie des téguments, agirait de la même manière, c'est-à-dire qu'elle hâterait considérablement la cicatrisation, si on parvenait à le maintenir pendant un temps considérable au contact de la plaie qu'il s'agissait de modifier. Pour atteindre ce but, les auteurs ont fait construire des appareils en caoutchouc, des espèces de manchons, ou de bottes, représentés dans les dessins ci-après, lesquels, une fois appliqués sur les membres




atteints de plaie, devaient permettre de plonger ces parties dans une atmosphère d'acide carbonique. Ainsi que le montrent les figures ci-contre, rien n'est plus facile que de maintenir des membres, pendant quatre et six heures et même plus, dans un bain d'acide carbonique, sans aucune fatigue pour les malades.

Nous avons vu plusieurs des malades de la Maison municipale de santé qui étaient affectés d'ulcères gangréneux, de plaies diphthéritiques ou de mauvaise nature, ayant résisté à des traitements antérieurs, et qui ont guéri avec une rapidité remarquable, dès qu'elles ont été soumises à l'action prolongée du gaz acide carbonique.



Pour MM. Demarquay et Leconte, l'action cicatrisante qu'exerce cet acide est bien différente de l'action anesthésique tant étudiée en ces derniers temps, et signalée pour la première fois par Priestley. Nous ne partageons pas leur opinion ; le phénomène réparateur nous paraît être surtout le résultat d'une action complexe de ce gaz sur les produits de sécrétion, en même temps que l'éréthisme des tissus, de façon à modifier la nutrition interstitielle de ces derniers. Quoi qu'il en soit du procédé de la cicatrisation, le fait n'en demeure pas moins réel, et la chirurgie doit enregistrer un moyen thérapeutique de plus pour le traitement des plaies interminables.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Brûlures** (*Bons effets topiques du sous-nitrate de bismuth comme traitement des plaies produites par les*). De tous les remèdes employés contre les brûlures, celui qui réussit le mieux est sans contredit le mélange d'huile et d'eau de chaux à parties égales qu'on désigne sous le nom de *liniment oléo-calcaire*. Cette préparation suffit au traitement de toutes les périodes de la brûlure ; M. Velpeau lui-même n'en employait pas d'autres il y a quelques mois encore. Mais depuis qu'il a été amené à expérimenter l'action thérapeutique de toutes les substances désinfectantes, le savant professeur a été conduit à constater que le sous-nitrate de bismuth constituait un des topiques les plus favorables à la cicatrisation des plaies, et il a été conduit à le mettre en usage dans le traitement des ulcérations qui succèdent aux brûlures. En voici un exemple : une femme présentait à la face dorsale des bras et des avant-bras des brûlures au premier, au second et au troisième degré ; le sixième jour, lors de son entrée à l'hôpital, les lésions s'accompagnaient d'une assez vive inflammation, qui semblait contre-indiquer l'emploi de la poudre de bismuth. Fort de ses premiers

essais, M. Velpeau n'hésite pas à enlever l'épiderme et à faire saupoudrer le derme dénudé avec le sel de bismuth. Le lendemain la malade ne souffrait plus; le gonflement, la rougeur, l'inflammation s'étaient amoindris d'une manière notable, et la plaie, dès ce moment, a marché rapidement vers la guérison.

Ces bons effets de l'action topique du sous-nitrate de bismuth n'est pas chose nouvelle pour les lecteurs du *Bulletin*; nous leur en avons signalé des applications nombreuses : au traitement du coryza, du catarrhe vaginal, des ulcérations du mamelon, de l'urétrite, etc., etc. Quoi qu'il en soit, ce pansement des brûlures est d'autant plus simple dans l'espèce, que les parties sont laissées libres et qu'on renouvelle seulement la poudre au fur et à mesure qu'elle s'humecte et forme des grumeaux. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, janvier 1860.)

---

**Colchique** (*Emploi du saccharure de fleurs de*) *dans le traitement de la goutte et du rhumatisme articulaire*. Le colchique a pu être abandonné un instant, mais on ne peut plus dire que ce médicament est délaissé aujourd'hui. Comme pour tous les agents spécifiques, son expérimentation ne saurait être contrôlée un trop grand nombre de fois, et c'est à ce titre que nous consignons ici les résultats des nouveaux essais de M. le docteur Joyeux. Ce médecin a été conduit à l'étude du colchique comme remède spécifique de la goutte et du rhumatisme, par suite de la lecture d'un mémoire, travail inédit de M. Couturier, ex-médecin en chef de l'armée de Condé. Ce qui rend l'expérimentation de M. Joyeux plus précieuse à nos yeux, c'est que ce médecin a fait usage de préparations de fleurs de colchique : 1° un extrait de suc évaporé dans le vide; et 2° un saccharure, avec suc frais (100 grammes) et sucre (500 grammes), desséché également dans le vide. M. Joyeux n'emploie d'ordinaire à l'intérieur que le saccharure; il l'administre à la dose moyenne de 4 grammes par jour, fractionnée en dix paquets, à prendre d'heure en heure, de manière à tenir constamment le malade sous l'influence du médicament, tout en évitant autant que possible d'arriver à l'effet purgatif. L'extrait dissous dans un véhicule quelconque est réservé pour l'usage externe, en frictions sur les parties douloureuses. « Depuis que j'ai fait usage de ces préparations, dit M. Joyeux, je n'ai pas rencontré un seul accès de goutte qui n'ait cédé à deux ou trois jours de traitement. Le rhumatisme articulaire aigu disparaît dans l'espace de quinze à vingt jours; dans le rhumatisme subaigu, sans obtenir un résultat aussi satisfaisant, j'ai constaté une grande amélioration; je me suis bien trouvé, dans la plupart des cas, de faire prendre au malade, comme adjuvant, une infusion de tilleul nitré (2 grammes par litre). » Après avoir cité une série d'observations, M. Joyeux termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Que le saccharure de colchique préparé avec le suc frais de la fleur de colchique est un des moyens les plus sûrs que le praticien puisse avoir à sa disposition pour combattre les accidents qui dépendent des diathèses goutteuses et rhumatismales;

2° Que les effets curatifs du colchique sont dus, non pas à son action irritante sur le tube digestif, mais bien à la puissance sédative des alcaloïdes qu'il renferme; par conséquent, qu'il y a avantage à l'administrer à doses fractionnées et progressivement croissantes, de manière à éviter l'effet purgatif. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, février 1860.)

---

**Hémoptysie.** *Son traitement par les préparations d'écorce de mélèze.* Les préparations d'écorce de mélèze ont été d'abord employées par M. Frizell, de Dublin, qui en fit usage avec un résultat très-satisfaisant. Une analyse faite par M. Aldridge fit voir que l'écorce de mélèze contient, entre autres principes immédiats, de l'amidon, de la résine et du tannin. L'extrait de cette écorce fut administré ensuite avec succès par M. A. Kennedy dans un cas d'épistaxis et d'entérorrhagie, survenues dans le cours d'un typhus, et dans divers cas de bronchites survenues pendant la convalescence des fièvres continues et accompagnées d'une expectoration très-abondante. MM. Hugh Carmichael et Moore ont été très-satisfaits des effets de cet extrait dans des cas où les matières expectorées en grande quantité contenaient beaucoup de stries de sang. M. Hardy en a obtenu des résultats très-avantageux dans quatre cas de *purpura hemorrhagica*.

M. Daly a employé, à la place de l'extrait, la teinture (vingt gouttes toutes les trois heures) dans quinze cas d'hémoptysie et dans un cas d'épi-

staxis très-grave. Dans tous ces cas, l'hémorrhagie a été arrêtée souvent très-rapidement et sans qu'aucun accident eût suivi l'administration du médicament. Le principe astringent étant associé dans cette teinture aux principes résineux des térébenthines, elle stimule plutôt qu'elle n'altère les fonctions digestives; en outre, sa saveur n'est nullement désagréable (*Medic. Tim.* et *Archiv. de médecine*, février 1860.)

**Larynx** (*Nouveau cas de section transversale complète du*); *guérison rapide*. On a beaucoup parlé dans ces derniers temps de trachéotomie et de laryngotomie; on a discuté sur le plus ou moins de gravité de cette opération en elle-même, et indépendamment des circonstances pathologiques qui la nécessitent; et on sait que les avis sont restés partagés, malgré les exemples assez fréquents de section plus ou moins complète de la trachée ou du larynx, en dehors de toute condition morbide, qui eussent pu, ce nous semble, permettre de juger la question. Quoi qu'il en soit, voici un nouvel exemple de section transversale complète, dont la guérison, obtenue en vingt-trois jours, prouve que cette lésion n'a réellement pas par elle-même toute la gravité qu'on lui a gratuitement attribuée.

Un matelot à bord de la corvette *la Prudente*, le nommé L***, étant aux fers sous le coup d'un jugement grave, s'empare d'un rasoir et se porte d'une main assurée deux coups à la partie antérieure et supérieure du cou. Il est conduit à l'infirmerie où le chirurgien du bâtiment, M. le docteur Berchon, constate ce qui suit : L*** est à genoux, soutenu par l'infirmier et deux autres matelots. Sa figure exprime la stupeur la plus profonde; la face est froide, le pouls petit, la respiration anxieuse et peu fréquente, souvent accompagnée de toux. Une quantité de sang, d'environ 600 grammes, est répandue dans l'entre-pont. L'hémorrhagie continue, mais en nappe, et la coloration est purement veineuse. La plaie, de 14 centimètres d'étendue, siége au niveau de la saillie médiane et supérieure du cartilage thyroïde et s'étend de l'un à l'autre muscle sterno-cléido-mastoïdien. La peau est nettement divisée dans toute l'étendue de la plaie, ainsi que le peaucier. Fortement rétractée à la lèvre inférieure, elle laisse voir le cartilage thyroïde à nu et une partie des muscles plus ou moins profondément divisés de cette région. Le cartilage est nettement divisé un peu au-dessous de l'angle saillant formé par l'échancrure médiane de son bord supérieur; la section est telle que ce bord, ordinairement un peu sinueux, présente une surface parfaitement régulière et droite, et la division s'étend jusqu'à la face postérieure du pharynx, qui forme le fond de la plaie, et dont la cavité est presque entièrement détruite.

Après avoir examiné avec soin la plaie et s'être assuré qu'aucune artère importante ne fournissait de sang, M. Berchon se décida à tenter la réunion immédiate au moyen de la suture. Vu l'impossibilité de mettre en contact les deux parties du cartilage thyroïde sans un fort moyen d'union, il porta à l'aide d'une aiguille courbe à suture de grande dimension, fixée à l'extrémité du porte-aiguille Fouilloy, un fil double ciré d'abord par-dessus l'os hyoïde, au niveau de ses petites cornes, en agissant de bas en haut et de dehors en dedans, puis dans la lèvre supérieure de la plaie, de chaque côté de l'épiglotte et sans l'intéresser. La même aiguille traversa dans un second temps la partie latérale de la portion inférieure du cartilage thyroïde de dedans en dehors, immédiatement au-dessous de la corde vocale supérieure. L'opération pratiquée de chaque côté, les fils furent fixés par deux nœuds, de manière à obtenir un contact aussi complet que possible entre les deux lèvres de la partie profonde de la blessure; la tête fut fortement fléchie en avant à l'aide d'un bandage approprié, pour faciliter l'action des liens par la position; les bouts des ligatures furent placés dans chaque angle latéral de la plaie, et la peau abandonnée à elle-même. Dans cet état la respiration se faisait à la fois par la plaie et par les voies ordinaires, et il y avait issue au dehors de matières mucoso-sanguinolentes, surtout pendant la toux.

Le lendemain, 2 avril, agitation, insomnie, parole fréquente, respiration assez facile et moins souvent gênée par la toux. On commence à donner quelques cuillerées de bouillon.

Le 3, le malade est plus tranquille, la respiration assez facile; quelques crises de toux; peu de suppuration.

Même état les 4 et 5. Le 6 la plaie profonde semble tendre à une cicatrisation rapide à gauche; les quintes de toux sont plus rares; respiration facile. Dissection légère de la peau en bas,

et réunion des deux lèvres par deux points de suture simple de chaque côté du cartilage thyroïde, de manière à fermer complètement la plaie extérieure, à l'exception des points de sortie des ligatures profondes.

Le 10, les deux lèvres de la plaie cutanée sont parfaitement réunies, excepté à droite, où l'écoulement persiste en suintant. Les ligatures intérieures et extérieures sont enlevées. Le 11, l'écoulement a presque cessé. Le 12, développement actif des bourgeons charnus; plus d'écoulement à l'extérieur. Le 13, cicatrisation presque complète à gauche. Le 17, cicatrisation complète à droite. La guérison est complète le 30, juste un mois après la tentative de suicide. (*Gaz. des hôp.*, février 1860.)

---

**Nitrate d'argent.** *Son emploi dans les maladies des enfants.* Nous avons maintes fois déjà enregistré dans le *Bulletin* les heureux effets que procure l'emploi du nitrate d'argent, dans un grand nombre d'affections des muqueuses, tant chez les adultes que chez les enfants; nos lecteurs, en effet, n'auront pas oublié les travaux de MM. Trousseau, Duclos, etc.

Le docteur Hanner, médecin de l'hôpital des Enfants, à Munich, considère le nitrate d'argent, lorsque les indications en sont bien établies, comme un véritable spécifique dans différentes maladies de l'enfance. De ce nombre sont le catarrhe gastro-intestinal et plus particulièrement la diphthérite de la bouche, de la gorge et du larynx. Une épidémie de diphthérite qui, en 1857 et 1858, succéda à une épidémie de rougeole, de coqueluche et de scarlatine, fournit au docteur Hauner les renseignements suivants :

1° La diphthérite, et en particulier celle du pharynx et du larynx, attaque de préférence les enfants affaiblis ou convalescents, surtout ceux qui viennent de traverser une fièvre éruptive;

2° Elle est contagieuse, et par conséquent peut se transmettre d'enfants malades à des enfants sains;

3° Elle est susceptible, par intoxication ou par pyohémie, par l'affaiblissement qu'elle entraîne ou par une extension aux voies aériennes, de mettre la vie en danger ;

4° Il n'y a de traitement médical efficace que celui qui prévient l'extension de l'affection à des organes plus importants; il doit être secondé par un traitement général fortifiant;

5° Un traitement antiphlogistique est directement nuisible.

Le docteur Hauner emploie toujours le nitrate d'argent. Aussitôt que la diphthérite apparaît dans la bouche, sur la luette ou dans la gorge, les parties envahies sont touchées énergiquement avec la pierre infernale, en prenant surtout la précaution que la cautérisation porte bien au delà des points malades. Le crayon peut être quelquefois remplacé par une solution concentrée de sel argentique. M. Hauner pense que par ce traitement local on peut empêcher l'extension des fausses membranes à des organes plus importants, mais il seconde l'action de ces topiques par l'emploi d'aliments réparateurs, de bouillon, de café, de vin et de plus par l'usage interne du quinquina et du chlorate de potasse, et par l'administration de bains aromatiques.

Dans le croup diphthéritique, le médecin de Munich emploie la solution de nitrate d'argent à l'aide d'un pinceau, ou bien, après avoir fortement abaissé la langue, il insuffle de 10 à 20 centigrammes de poudre de nitrate d'argent finement pulvérisé. Il seconde du reste l'action du sel d'argent, aussi bien dans la diphthérite de la gorge, du larynx et du vagin, que dans celle de la peau, par une chaleur humide, qu'il obtient en entourant la gorge de compresses, qui, après avoir été trempées dans l'eau froide, sont exprimées légèrement et ensuite recouvertes d'un mouchoir ou d'un linge sec, ou bien en faisant recouvrir de cataplasmes les parties affectées (peau, vagin).

En terminant, M. Hauner mentionne encore d'autres affections dans lesquelles le nitrate d'argent lui a rendu de grands services. De ce nombre est un cas d'ozène, qui avait résisté longtemps à une foule de remèdes, des otorrhées existant depuis plusieurs années; enfin il signale l'action merveilleuse de cet agent dans l'ophthalmie des nouveau-nés, dans le staphylôme et dans les chutes invétérées du rectum. (*Jahrb. für Kinderheilkunde* et *Journ. de médecine de Bruxelles*, déc. 1859.)

---

**Panaris syphilitique** (*Du*). Faute de chercher à déterminer la nature de certaines lésions réputées communes et de remonter à leur origine, on laisse souvent passer inaperçus des faits d'un grand intérêt pratique; tel est, par exemple, le cas des panaris syphilitiques, qu'on laisserait se perpétuer indéfiniment, si un examen attentif ou

quelque circonstance commémorative ne venait mettre le praticien à même de prescrire le traitement convenable. C'est sur quelques faits de ce genre que nous voulons appeler l'attention de nos lecteurs.

Un homme âgé d'une cinquantaine d'années est entré récemment à l'hôpital de la Clinique, dans le service de M. Nélaton, pour se faire traiter d'une affection du doigt médius de la main droite. Cet homme raconte que cette maladie s'est déjà reproduite deux fois, le doigt est devenu gros et douloureux, puis ces accidents se sont dissipés graduellement, et finalement il a pu reprendre ses travaux, conservant toutefois son doigt un peu gros et un peu douloureux; une seconde rechute eut lieu, suivie d'une guérison apparente comme la première fois; enfin, après la deuxième récidive, voici l'état que présentait cet homme :

Le médius de la main droite est plus volumineux qu'il ne devrait l'être, il a environ 1 centimètre de plus que son congénère du côté opposé. Cette augmentation de volume porte principalement sur la première phalange, un peu moins sur la seconde ; elle est à peu près nulle sur la troisième. Les téguments, légèrement tendus, ont conservé leur aspect normal ; ils offrent seulement une teinte violacée. Les mouvements sont peu gênés, la pression est faiblement douloureuse; mais il survient à divers instants de la journée, et quelquefois pendant la nuit, des douleurs spontanées. Ces caractères joints à la circonstance des récidives répétées de cette affection et à sa ressemblance avec ce qu'il avait déjà eu l'occasion d'observer plusieurs fois, firent diagnostiquer par M. Nélaton un panaris syphilitique.

C'est chez un malade de la ville que ce professeur a vu le premier cas de ce genre; c'était un homme d'une quarantaine d'années, qui avait consulté tous les syphiliographes de Paris, lesquels s'étaient refusés à voir dans le panaris qu'il portait une affection syphilitique. En interrogeant le malade sur son affection, M. Nélaton apprit qu'il portait une autre tumeur à l'omoplate, présentant tous les caractères des tumeurs syphilitiques. Le malade avouait d'ailleurs avoir eu antérieurement la syphilis On institua le traitement des accidents tertiaires, et au bout de peu de temps le malade fut guéri.

Depuis cette époque, M. Nélaton a vu un certain nombre de panaris syphilitiques qui avaient été également méconnus, et dont la durée prolongée empêchait depuis longtemps les malades de se livrer à l'exercice de leur profession, tandis qu'un traitement convenablement fait pendant un mois les eût complétement débarrassés.

Le traitement spécifique a été prescrit au malade qui fait le sujet de ces réflexions, et la guérison est venue confirmer l'exactitude du diagnostic de M. Nélaton. (*Gazette des Hôp.*, février 1860.)

---

**Perchlorure de fer.** *Son emploi à l'extérieur dans le traitement des varices et des ulcères variqueux.* Il est intéressant, pendant que l'attention est appelée sur l'action thérapeutique du perchlorure de fer, de recueillir les renseignements fournis par les praticiens qui expérimentent ce médicament et de suivre les résultats de ces expériences dans les conditions variées où elles sont faites. M. le docteur Bernard Kelly (de New-York) emploie le perchlorure de fer à l'intérieur dans le traitement des varices et des ulcères variqueux. Il le donne sous forme de teinture, à la dose de 30 à 40 gouttes, trois ou quatre fois par jour, dans de l'eau, ou, de préférence, dans une solution de sulfate de quinine. De temps à autre, il donne un purgatif (aloès) pour combattre la tendance à la constipation. Il n'astreint d'ailleurs ses malades à aucun régime particulier, et les laisse se livrer à toute espèce d'exercice.

Sous l'influence de ce traitement, la plupart des symptômes incommodes qui accompagnent les varices ne tardent pas à s'amender et à disparaître ; les douleurs cèdent rapidement ; les extrémités débiles, affaiblies, reprennent de la force, la circulation veineuse devient plus active ; l'œdème disparaît, ainsi que les démangeaisons atroces qui affectent souvent les extrémités inférieures. Au reste, M. Kelly ne prétend pas guérir radicalement les varices par le traitement dont il s'agit ; le résultat qu'il dit en obtenir est de mettre les malades dans des conditions telles qu'ils puissent se livrer à leurs diverses occupations sans en souffrir et sans que les varices s'aggravent. Il n'en est pas de même pour les ulcères variqueux qui, d'après M. Kelly, se cicatrisent avec une grande rapidité, sous l'influence du même traitement, et en l'absence de tout pansement actif. M. Kelly

n'emploie les topiques que dans les cas compliqués. Il recommande de continuer l'administration du perchlorure de fer pendant un ou deux mois après la guérison des ulcères, pour prévenir toute récidive. (*Americ. Monthly Journ.* et *Gaz. hebd.*, février 1860.)

---

**Plaies** (*Action des désinfectants sur la cicatrisation des.*) Dans son rapport général sur les préparations désinfectantes, M. Velpeau résume de la manière suivante le côté expérimental de la question.

1° Le coaltar mêlé au plâtre, selon la formule de M. Corne, peut désinfecter les matières organiques en putréfaction. Mêlé dans les vases aux déjections alvines, cette poudre, faisant disparaître la mauvaise odeur, permet d'espérer qu'à son aide l'industrie opérera un jour des réformes profondes dans nos systèmes actuels de latrines et de vidange; sous ce rapport, la terre ordinaire, la poussière ou le sable, substitués au plâtre, comme le préfèru M. Cabanes, de Béziers, sont pour le moins aussi efficaces.

2° Appliqué à la thérapeutique, selon la proposition de M. Demeaux, le coaltar plâtré n'a tenu qu'une partie de ses promesses. Comme désinfectant dans les salles d'autopsie, dans les lits des gâteux, partout où il y a des matières infectes, ses propriétés sont incontestables. Il en est de même pour les foyers putrides et gangréneux, pour les suppurations fétides, pour les plaies sanieuses, les cavernes ichoreuses, la pourriture d'hôpital, les clapiers putrilagineux; mais sur les plaies à nu, les plaies et les ulcères ordinaires, les autres topiques doivent lui être préférés. A cet égard, nos conclusions d'aujourd'hui diffèrent à peine de celles qui terminaient notre appréciation du 25 juillet 1859.

3° Associé à la charpie, au linge, aux pommades, au cérat, comme l'indique M. Demeaux, il ne nous a donné aucun résultat utile, et rien ne prouve que, pris à l'intérieur, il ait produit le moindre bien jusqu'ici.

4° Comme absorbant, il laisse aussi beaucoup à désirer, quoiqu'il ne soit pas sans action. En cataplasmes surtout, il n'absorbe que très-incomplètement. Du reste, le coaltar, mêlé à la terre ou à d'autres poudres, absorbe encore moins que le topique Corne, et n'est guère applicable sous cette forme à la thérapeutique, à en juger par nos propres recherches.

Les liquides anormaux, il ne faut pas l'oublier, le pus en particulier, sont des composés très-différents de l'eau. Telle substance, le plâtre, par exemple, qui absorbe l'eau avec force, peut très-bien ne point s'imbiber de pus. Il n'est pas moins vrai cependant qu'en poudre ou en cataplasmes, le coaltar plâtré rend quelques services à titre d'absorbant dans les plaies et les suppurations fétides ou putrides.

5° La cellulose et la poudre d'amandes, la glycérine et l'eau de laurier-cerise, le chlorate de potasse uni au talc, à l'argile, à la marne, au kaolin, ne sont ni assez efficaces ni d'un emploi assez commode pour rester dans la pratique, tels qu'ils nous ont été proposés.

6° La saponine et le coaltar ne nous ont pas semblé former un topique préférable à beaucoup d'autres liqueurs connues dans le pansement des plaies, à la teinture d'aloès, par exemple.

Nous en dirons autant du coaltar mêlé au charbon, indiqué par M. Herpin; le gaz carbonique ne semble pas devoir être employé non plus, à moins de procédés nouveaux susceptibles d'en rendre l'usage facile.

7° La poudre de boghead ne serait utile qu'à défaut de coaltar plâtré; et le charbon à enveloppe spongieuse ne se moule pas assez bien sur les cavernes, sur les anfractuosités, pour entrer dans la pratique générale.

8° Par son bas prix, par son action à la fois douce, absorbante et désinfectante, ainsi que par ses propriétés siccatives, la poudre de bismuth rendra de véritables services à défaut de poudre ou de cataplasme au coaltar plâtré. Il est même préférable à ces derniers quand les plaies ou les blessures sont accompagnées ou entourées de chaleur ou d'irritation.

9° La teinture d'iode et le perchlorure de fer sont plutôt des modificateurs de la surface des plaies, des foyers purulents, que des absorbants et des désinfectants. Ils ont leur application spéciale en chirurgie, et sous ce rapport les noms de MM. Boinet et Marchal (de Calvi) ne seront pas séparés de ceux de quelques autres praticiens; mais de tels agents ne sont pas comparables au coaltar plâtré.

10° L'éponge imbibée d'eau chlorurée, telle que la propose M. Hervieux, est de nature aussi à rendre quelques bons offices dans les clapiers blafards, dans les foyers gangréneux. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, février 1860.)

**Vaccin** (*Deux observations de syphilis constitutionnelle transmise par le*). Il y a quelques années, un tribunal allemand condamnait à une peine assez sévère un de nos confrères, comme coupable d'avoir transmis la syphilis en inoculant un vaccin emprunté, disait-on, à un enfant malsain. Nous n'avons pas hésité à défendre ce médecin, parce qu'aucune des preuves fournies par l'accusation ne témoignait que l'enfant fût affecté de syphilis. Nous basant ensuite sur les expériences faites à Lourcine pendant un grand nombre d'années, par M. Cullerier, nous proclamions avec lui que le vaccin pris sur les enfants syphilitiques provoquait seulement une pustule vaccinale et non une ulcération syphilitique. Il paraîtrait que les choses ne se passent pas toujours ainsi, témoin les faits suivants qu'un chirurgien distingué de la marine, M. Lecocq, a adressés à l'Académie lors de la dernière discussion sur la contagion des accidents secondaires, et que M. Gueyenot reproduit dans sa dissertation inaugurale.

*Obs. I.* Le nommé P***, âgé de vingt-cinq ans, du 1er régiment de marine, fut soumis, le 4 mai 1858, aux revaccinations prescrites par le règlement ; trois piqûres furent faites à chaque bras. Le virus vaccinal avait été fourni par de bonnes pustules prises au bras d'un autre militaire ayant eu, trois mois auparavant, un chancre induré à la verge, fait qui ne fut connu que par des renseignements ultérieurs. Examiné huit jours après, on trouve les pustules avortées; l'une d'elles s'enflamme un peu plus tard et devient le siége d'une ulcération qui, peu à peu, revêt tous les caractères d'un chancre induré ; sa base est dure au toucher; une adénopathie multiple se fait sentir à l'aisselle, du même côté ; plus tard encore, troubles généraux, syphilides qui ne permettent pas le moindre doute.

*Obs. II.* Le nommé D***, âgé de vingt-cinq ans, est revacciné le même jour avec du vaccin pris à la même source. On voit des phénomènes en tout semblables à ceux que nous venons de décrire se produire chez ce sujet : avortement des pustules, ulcération à la place de l'une d'elles, s'étendant peu à peu, se creusant, s'indurant et s'accompagnant d'engorgement multiple des ganglions axillaires; puis, plus tard, symptômes généraux, syphilides, en un mot, vérole confirmée. (*Thèses de Paris*, 1859.)

---

**Vomissements** *opiniâtres survenant dans trois grossesses successives et cédant chaque fois à l'emploi du calomel.* Aux nombreux moyens conseillés pour combattre les vomissements lympathiques de la gestation, M. Bagot vient ajouter le calomel. Comme preuve de l'efficacité de ce mode de traitement, ce médecin rapporte l'histoire d'une femme chez laquelle il a suffi à lui seul, dans deux grossesses consécutives, pour arrêter des vomissements extrêmement graves. Le sel mercuriel fut donné à doses réfractées, dans le but de provoquer la salivation. La première fois, les vomissements s'arrêtèrent dès que la salivation fut obtenue ; dans la seconde grossesse, ils cédèrent quelques jours après le début de la stomatite. Une troisième grossesse s'accompagna encore de vomissements incoercibles qui faisaient redouter une terminaison fatale. Un médecin auquel la malade raconta que la salivation mercurielle l'avait sauvée deux fois administra une préparation mercurielle dont M. Bagot ignore la nature; la stomatite désirée survint mais elle resta sans influence sur les vomissements. M. Bagot fut alors consulté : il prescrivit le calomel à petite dose, trois fois par jour, chaque dose étant suivie de l'administration d'une potion contenant 15 gouttes de chloroforme. L'effet de cette médication fut « presque magique. » Les vomissements s'arrêtèrent après l'administration d'un petit nombre de doses; l'estomac supporta des aliments légers, et bientôt la malade, dont l'émaciation et la faiblesse étaient extrêmes, reprit des forces et de l'embonpoint. Elle accoucha à terme, d'un enfant vivant, sans avoir éprouvé de nouveaux accidents.— Si la cure doit être rapportée, dans les deux premiers cas, à la salivation, il n'en saurait être de même dans le dernier; dans celui-ci la cessation des vomissements semble due surtout à l'emploi du chloroforme, dont les bons effets dans ces accidents sont connus. Cette observation n'a donc pas la portée que lui donne le médecin anglais. (*Dublin med. Press.* et *Gaz. hebd.*, février 1860.)

---

## VARIÉTÉS.

*De l'influence, sur la fonction visuelle, des verres de lunettes (convexes dans la presbytie, concaves dans la myopie) et, en particulier, de leurs régions prismatiques internes ou externes lors de la vision binoculaire.*

Note communiquée à l'Académie des sciences, par le docteur GIRAUD-TEULON.

L'importance et la difficulté d'un choix convenable du rayon de courbure des verres de lunettes, applicables à la presbytie ou à la myopie, est, on le sait, un sujet qui intéresse et inquiète autant les gens du monde, qu'il préoccupe sérieusement les ophthalmologistes. L'erreur dans la détermination de ce choix n'a pas pour seul effet, comme on l'a cru longtemps, la simple exagération de l'infirmité à laquelle le verre de lunette doit remédier. Elle a, en outre, l'immense inconvénient d'amener, à sa suite, des maladies très-sérieuses, et dont le terme le plus élevé et nullement rare n'est rien moins que l'amaurose; la fatigue de l'accommodation, la myopie acquise, la copiopie, l'amblyopie sthénique ou asthénique en étant les différents degrés.

Un de nos maîtres en ophthalmologie a, dès longtemps, établi ces points pathologiques d'une façon incontestable au point de vue pratique, et démontré par de nombreuses et concluantes observations que ces affections sont, en général, la conséquence de l'enchaînement, dans des limites extrêmement étroites, de la faculté d'accommodation. Ces propositions ne pouvaient laisser de doute quant à leur réalité pratique. Cependant, elles conservaient quelque obscurité au point de vue de l'étiologie rationnelle. Si des verres trop forts pouvaient être considérés, pratiquement, comme propres à produire les effets signalés, comment se faisait-il que les amblyopies et autres affections ne fussent pas, toujours et invariablement, la conséquence de l'usage de verres non *trop* forts, mais *très*-forts (car un verre trop fort est celui qui dépasserait les facultés accommodatrices de la vue). D'autre part, comment comprendre qu'un verre convexe, par exemple, très-fort si l'on veut, appliqué à une vue presbytique, pût avoir pour conséquence, « la myopie acquise? » N'était-ce point paradoxal? puisque l'on peut dire, d'une manière générale, qu'un verre convexe encourage la presbytie d'un presbyte, comme un verre concave stimule la myopie d'un myope ; l'un et l'autre verre leur épargnant à chacun les efforts personnels propres à corriger la vue première.

Il y avait donc un désidératum important à combler ici, une influence étiologique à pénétrer, une source d'indications hygiéniques à remplir. Cette recherche est l'objet de la présente communication.

La discordance apparente entre le fait et la théorie repose sur l'ignorance complète où l'on a été jusqu'en ces derniers temps du mode suivant lequel s'accomplit la vision binoculaire.

Or, si les propriétés des lentilles, soit convexes, soit concaves, dont on se sert pour soulager la vue, ont été parfaitement et complétement étudiées en ce qui concerne la vision avec un seul œil, elles ne l'ont aucunement été dans leurs rapports avec l'exercice des deux yeux simultanément en fonction.

Étudions-les donc à ce point de vue, et d'abord les verres convexes dans leurs rapports avec la presbytie.

*Presbytie.— Verres convexes.* — Le verre de lunette convexe, considéré dans son usage monoculaire, a pour but et pour conséquence, comme on sait, de rendre moins divergents les rayons incidents à la cornée, ou, en d'autres termes,

d'éloigner virtuellement un objet relativement trop rapproché, en le reportant au delà de la limite inférieure du champ de la vision distincte du sujet.

C'est parfait jusque-là; mais appliquons ces mêmes verres convexes, centre pour centre, devant les pupilles, à l'exercice de la vision binoculaire, si nous analysons géométriquement et expérimentalement la marche des rayons lumineux réels, et que nous la rapprochions du lieu de l'image virtuelle *unique* de l'objet, nous découvrons une dissociation flagrante entre l'accommodation de distance, ou monoculaire, et l'accommodation d'angle et de position, ou binoculaire. Le passage de la vision monoculaire, armée d'un verre convexe, à la vision binoculaire, également armée, est accompagné d'un mouvement angulaire de convergence mutuelle des axes optiques, pendant que l'effort accommodatif, exigé par la distance virtuelle de l'objet, se maintient en une situation fixe, correspondant à son maximum d'action. Les muscles extrinsèques qui président à la convergence, et le muscle ciliaire auquel est confiée l'adaptation, au lieu d'obéir à une même mesure physiologique d'action concordante, entrent en désaccord. La pression des muscles extrinsèques pèse synergiquement sur la contraction ciliaire active, dans le sens de la vue rapprochée ou myopique. On sait, en effet, que la convergence des axes optiques est synergique et harmonique avec l'effort d'accommodation vers les objets rapprochés et la contraction de l'iris. Dès lors il n'y a plus rien de paradoxal dans l'observation des ophthalmologistes : « Le verre convexe, dans de telles conditions, concourt directement à la tendance myopique comme l'exercice de la vision sur des objets trop rapprochés. C'est en ce sens que l'on a pu dire, avec pleine raison, que le verre convexe très-fort fixait la vue dans des limites extrêmement étroites, l'enchaînait presque invinciblement à la même accommodation.

Où est le remède à un tel inconvénient? Est-il suffisant de conseiller l'emploi de verres moins forts? Ne sait-on pas qu'il est des circonstances nombreuses et générales, professionnelles en un mot, où le choix du numéro ou de la courbure du verre est imposé par l'exigence du travail ?

Or, si l'on scrute les détails de l'analyse de l'acte visuel binoculaire, on reconnaît bientôt où est le point de départ de la dissociation d'harmonie entre les deux accommodations d'angle et de distance. Il est dans le mouvement angulaire de convergence imposé aux axes optiques, pour obtenir le fusionnement des deux images virtuelles de l'objet en une seule, à une distance en désaccord avec celle de l'objet lui-même.

Et il est un moyen d'éviter aux yeux ce mouvement secondaire de convergence : c'est de placer entre les verres et l'objet un double prisme redresseur, c'est-à-dire (si l'on se représente fidèlement les propriétés des prismes), un prisme dont le sommet soit tourné en dehors. La déviation qu'il fait éprouver aux rayons incidents, si l'angle en est convenablement choisi, reporte alors leur direction réelle au point même où se fusionnent naturellement les images virtuelles. On reconnaît la même propriété dans la moitié externe des verres convexes, en couvrant d'une membrane opaque leur moitié interne. La région prismatique externe agit alors, à la fois comme lentille et comme prisme à sommet externe.

On voit accessoirement par la même analyse que l'usage des mêmes lentilles par le milieu de leur moitié interne, à l'exclusion de l'influence de la moitié externe, produirait l'effet tout opposé et exagérerait la dissociation d'harmonie.

Si ces aperçus théoriques sont exacts, leur conséquence pratique serait la suivante :

Le champ de la vision distincte, lors de l'usage binoculaire d'un double verre convexe dans la presbytie, sera d'autant plus grand, dans le sens de l'éloignement de l'objet, que l'on se servira des parties les plus externes des bésicles, d'autant plus restreint, au contraire, qu'on arrivera à se servir des éléments prismatiques internes relativement aux centres de ces mêmes verres.

Et si ces verres doivent être un peu forts, eu égard à la profession du sujet, il y a dès lors un immense intérêt pour lui à ne recevoir de rayons utiles que par leur moitié externe; et il est tout simple, d'autre part, que l'ignorance de cette loi ait amené de nombreuses maladies et la myopie acquise, entre autres, en fixant dans des limites beaucoup plus étroites qu'il n'était nécessaire l'accommodation constante de la vue du sujet. De telle sorte qu'il n'est pas rare du tout, dans la pratique, de reconnaître que l'usage des lunettes produise autant de mal que de bien.

Ces considérations sont plus que légitimées par les résultats de nos expériences sur ce sujet.

Ces expériences en effet, démontrent que pendant le passage de la vision monoculaire armée (convexe) à la vision binoculaire dans les mêmes conditions, et la vue étant fixée sur le même point, les axes optiques exécutent un mouvement de convergence et que les pupilles se resserrent.

Que, dans les mêmes circonstances, si l'on rapproche graduellement l'un de l'autre les deux verres, de façon que le regard les traverse en passant graduellement des régions les plus internes aux régions les plus externes, les axes optiques suivent le mouvement contraire, se portant dans la divergence; les pupilles, en même temps, se dilatent.

Enfin, si le numéro est à la limite efficace pour la vue du sujet, on observe que la vision binoculaire, quel que soit le point des verres par lequel elle s'exerce, conserve à très-peu près la même limite inférieure; mais que la limite éloignée du champ de la vision est, au contraire, très-restreinte quand la vue a lieu par les régions prismatiques internes, jusqu'à cela d'être quelquefois presque absolument fixée. Par les régions prismatiques externes, la limite éloignée laisse, au contraire, à la function la même étendue que dans la vision à l'œil nu et quelquefois même davantage.

Il suit évidemment de cette discussion que l'intégrité de la vue du presbyte exige qu'il existe entre les centres des verres une distance notablement inférieure à la distance entre les centres des pupilles pendant leur plus grand rapprochement; ou, plus simplement, qu'on taille les deux verres chacun dans une des moitiés de la même lentille, en mettant en regard l'une de l'autre la tranche épaisse de ces mêmes demi-lentilles ou leur diamètre commun.

*Myopie.* — *Verres concaves.* — Une analyse fondée sur la même méthode, ayant pour objet de déterminer, dans la myopie, le rapport de l'usage des verres concaves avec la vision binoculaire, nous a conduit à des résultats de même ordre.

Le verre concave, placé devant l'œil du myope, a pour effet et pour but de rendre plus divergents les rayons partis d'un objet éloigné et incidents à la cornée; en d'autres termes, de rapprocher virtuellement de l'œil l'objet d'où ils émanent.

L'accommodation de distance de chaque œil est donc, en ce cas, beaucoup plus courte que celle en rapport avec la convergence des rayons effectifs. Il y aurait donc diplopie synonyme des deux images virtuelles, si les yeux ou l'appareil n'en procuraient la coalescence.

Or, les yeux sont obligés de procurer eux-mêmes cette fusion, si les verres sont en rapport avec les pupilles, centre pour centre, et, *a fortiori*, si la vue s'exerce par les régions prismatiques des verres dont le sommet se dirige en dehors, c'est-à dire sur les moitiés internes de chaque verre. On voit clairement, dans ce cas encore, que les rayons, étant déviés du côté du sommet des prismes, exagèrent la dissociation d'harmonie entre les accommodations de distance et d'angle.

Inversement à ce qui s'observe dans l'usage des verres convexes, le travail exécuté par les yeux est, en ce cas, un mouvement de divergence des axes optiques. Les considérations théoriques, l'analyse de la coalescence des images doubles, l'expérience directe ne sauraient laisser de doute à cet égard.

On comprend aisément quelles conditions anormales créent pour l'intégrité de la fonction visuelle un tel désaccord entre l'accommodation mutuelle des axes optiques, accommodation musculaire, et l'accommodation d'angle, ou ciliaire ; et comment l'une ou l'autre peut se voir consécutivement troublée.

On peut éviter tous ces inconvénients en chargeant le verre de lunette d'amener lui-même la concordance de l'inclinaison des axes optiques avec le degré de l'accommodation. La région prismatique des verres concaves à sommet interne, ou leur moitié externe, réunit ce double avantage, d'abord de participer aux propriétés de la lentille ; secondement, de dévier les rayons vers son sommet, c'est-à-dire en dedans.

Dès lors, il n'y a plus pour l'œil aucune fatigue, et la vision binoculaire armée rentre dans les conditions mêmes de la vision monoculaire.

Pour dernière conclusion, nous dirons donc que pour établir l'accord qui manquait et qui a causé tant et de si graves affections fonctionnelles de l'appareil de la vue, il suffit d'enlever à toutes les lunettes concaves ou convexes la moitié intérieure de chaque verre, en faisant ensuite correspondre le centre pupillaire avec le milieu de la surface restante, c'est-à-dire en taillant le nouveau verre dans la moitié conservée.

---

M. le docteur Demarquay est nommé chirurgien de la Maison municipale de santé, en remplacement de M. Monod, qui reste attaché à l'établissement en qualité de chirurgien consultant.

---

Le concours pour l'agrégation en médecine ouvert devant la Faculté de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Marcé, Potain, Vulpian, Laboulbène.

---

Le docteur Tholozan, médecin major de première classe, en mission hors cadre, attaché à la personne du Schah de Perse, et M. le docteur Guillard, médecin oculiste à Dinan, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

---

Les médecins de Reims et de Châlons viennent de se réunir pour fonder une Société locale, agrégée à l'Association générale. Un bureau provisoire a été formé pour suivre l'obtention des autorisations nécessaires.

---

Grâce à l'initiative de M. le docteur Bertherand, une Société d'agriculture, sciences et arts, vient de se former à Poligny (Jura). Parmi les membres fondateurs se trouvent un grand nombre de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

**Note sur les effets remarquables de l'emploi du chloroforme, *intùs* et *extrà*, dans le traitement de la contracture spasmodique des extrémités.**

Par M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Il est une maladie encore peu connue dans son essence, étrange dans ses apparitions, qui se font attendre quelquefois des mois et des années, et qui, d'autres fois, se multiplient comme d'une manière épidémique, douloureuse au plus haut degré, effrayante dans certains cas par l'étendue de ses manifestations, susceptible de se montrer en quelque sorte idiopathiquement, et parfois se surajoutant à d'autres maladies dont elle ne paraît altérer en rien le caractère, c'est la *contracture spasmodique des extrémités*, qui a reçu aussi le nom de *contracture idiopathique*, de *tétanos intermittent*, de *tétanie*. Il fut un temps où, considérée par les praticiens comme liée à un état morbide grave du cerveau ou de la moelle, cette maladie fut combattue par les moyens les plus énergiques. Mieux éclairés aujourd'hui sur son pronostic, qui n'offre en général rien de grave, les médecins ont encore recours aux antiphlogistiques, aux vésicatoires, etc., etc.; mais le traitement de cette affection n'en est pas moins resté très-incertain et surtout très-peu efficace. Moi-même, dans une épidémie de contracture, que j'ai observée, je me suis trouvé très-embarrassé, et, à part l'extension prolongée des membres contracturés et les applications révulsives faites sur ces mêmes muscles, je n'avais trouvé vraiment rien de bien satisfaisant.

En réfléchissant cependant aux bons résultats que m'avaient fournis dans un cas de contracture très-grave et véritablement tétanique les inhalations de chloroforme, et dans deux ou trois autres cas les applications topiques de chloroforme sur les membres contracturés, en songeant d'autre part au caractère éminemment spasmodique de la maladie, aux douleurs très-vives dont elle est accompagnée, aux conditions spéciales dans lesquelles elle se développe le plus souvent et qui tendent à la faire considérer comme une affection de nature rhumatismale, je me disais que le chloroforme, ce puissant agent anésthésique, ce modérateur si remarquable de la force nerveuse, devrait influencer d'une manière très-avantageuse les manifestations de la contracture spasmodique des extrémités. On verra par l'observation suivante que mes prévisions étaient justes.

Obs. *Contracture spasmodique des extrémités supérieures et inférieures datant de trois jours.* — *Emploi du chloroforme* intùs *et*

extrà. — *Guérison en quelques heures.* — Dumège (Saturnin), garçon marchand de vin, âgé de dix-sept ans, entre dans mon service le 12 mars (salle Saint-Antoine, n° 3). C'est un jeune homme d'une assez bonne constitution et bien développé pour son âge, quoique d'un tempérament lymphatique; il n'a jamais été malade; mais, par sa profession, il est exposé aux variations brusques de température, et depuis plusieurs mois il a les mains continuellement dans l'eau pour rincer les bouteilles. La maladie a débuté, il y a trois jours, au milieu d'une santé parfaite, par de la roideur dans les mains, et la nuit suivante la roideur s'est montrée dans les membres inférieurs. Depuis ce moment, le malade n'a jamais eu ses membres entièrement libres, et, bien qu'à certains moments il y ait eu une détente dans la roideur et surtout dans les crampes douloureuses qu'il éprouvait dans les membres supérieurs et inférieurs, il lui eût été impossible de reprendre ses travaux. De temps en temps, du reste, la roideur devenait plus marquée et les douleurs très-vives dans les membres, mais jamais de roideur dans les muscles du cou ni de gêne dans la respiration.

Au moment où nous le voyons pour la première fois, le 13 mars, nous le trouvons assis dans son lit et se plaignant de crampes dans les membres supérieurs et inférieurs. Pour ces derniers, par exemple, le pied est porté dans l'extension forcée, la pointe fortement abaissée, les orteils fléchis, et cette situation, qui est exactement la même aux deux pieds, est maintenue par un état de contracture des muscles postérieurs de la jambe et principalement des jumeaux, qui sont durs et volumineux. La contracture de ces muscles est très-difficile à vaincre et se reproduit aussitôt qu'on abandonne le pied après l'avoir fléchi.

Ce n'est pas tout : dans ces muscles, comme dans les extenseurs de la jambe, on aperçoit des contractions fibrillaires incessantes, et à l'oreille ces contractions donnent la sensation du bruit de roulement produit par la contraction musculaire. Pourtant il n'y a pas de roideur dans l'articulation tibio-fémorale que le malade fléchit et étend sans difficulté ; mais les mouvements paraissent un peu bridés dans l'articulation coxo-fémorale. Aux membres supérieurs, les deux mains se présentent dans la pronation forcée, comme les avant-bras, fléchies sur les avant-bras, le pouce porté dans l'adduction forcée et venant se placer au-dessous de l'index dont il maintient relevées les dernières phalanges, tandis que la première est fléchie ; les autres doigts sont fléchis vers la paume de la main, la flexion allant en augmentant de l'index au petit doigt. Flexion des doigts et

du poignet, pronation de la main et de l'avant-bras résultent de la contracture des muscles fléchisseurs et pronateurs, que l'on ne peut vaincre qu'avec beaucoup de difficulté et surtout en faisant souffrir beaucoup le malade; ces muscles sont agités de contractions fibrillaires, comme ceux des membres inférieurs, et, de même que dans les membres inférieurs le triceps participait à la contracture, les deux biceps sont le siége d'une roideur dont on se rend maître avec un peu de patience. La sensibilité n'est pas notablement affaiblie dans les membres inférieurs et supérieurs; pourtant le malade y éprouve une sorte d'engourdissement. En revanche, l'irritabilité musculaire y est fortement augmentée, et le plus léger contact augmente et exagère les contractions fibrillaires.

La maladie est très-exactement limitée aux quatre membres, qui offrent exactement les mêmes phénomènes; aucune trace de contracture dans les muscles du cou ou de la poitrine; pas de gêne de la respiration. Le jeune malade paraît très-souffrant, sa peau est chaude, baignée de sueur, sa face vultueuse; le pouls assez vif bat 84 fois par minute, mais les autres fonctions sont en bon état, l'appétit conservé, la miction facile et les garde-robes régulières. Quelques signes de chloro-anémie. Traitement : application de compresses imbibées de chloroforme sur la masse musculaire postérieure des jambes et sur les deux avant-bras. Potion gommeuse avec 2gr,50 de chloroforme; bouillons, potages.

Les applications de chloroforme sont suivies d'un soulagement immédiat, auquel contribue sans doute l'administration de la potion chloroformée par cuillerée d'heure en heure, qui détermine un peu d'ivresse. Deux heures après, le malade commence à pouvoir étendre ses pieds et ses mains sans douleurs. Au moment où l'on fait une seconde application de chloroforme sur les membres dans la soirée, la guérison peut être considérée comme parfaite. Nuit excellente. Apyrexie le lendemain, et liberté parfaite des mouvements. Par prudence, nous continuons le chloroforme, à la dose de 2gr,50 dans une potion gommeuse le 14, et à la dose de 1gr,50 le 15 mars; mais les accidents ont entièrement cessé pour ne plus reparaître. Le malade quitte l'hôpital le 22 mars, en très-bon état; mais il a l'imprudence de reprendre son travail, et, dans la soirée du 24, il est repris de contractures, à un degré plus faible que la première fois. Le même traitement en triomphe sans difficulté, et cette fois nous le gardons plusieurs semaines à l'hôpital, par précaution.

Ainsi, voilà une contracture spasmodique des extrémités des plus intenses, portant à la fois sur les membres supérieurs et sur les in-

férieurs, qui est guérie en quelques heures par l'emploi du chloroforme *intùs* et *extrà*. Certes, un pareil résultat dépassait mon attente, et si, comme il y a lieu de l'espérer, le chloroforme réussit aussi bien dans des cas analogues, la contracture des extrémités, dont la curation était si peu fixée, aura trouvé un traitement, sinon absolument certain, du moins plus efficace que ceux que l'on connaissait jusque-là. Reste à savoir quel est de ces deux modes d'administration du chloroforme, les applications extérieures ou l'ingestion par la bouche, celui auquel il faut rapporter la plus grande part dans le succès, ou si tous les deux ont contribué au soulagement et à la guérison.

Quelques essais tentés, mais, il faut l'avouer, sans grande suite et avec beaucoup de réserve, lors de cette épidémie de contractures dont j'ai donné la description à la Société médicale des hôpitaux, m'avaient bien fait voir les bons résultats que l'on pouvait attendre des applications topiques de chloroforme sur les muscles contracturés ; mais l'amélioration avait été momentanée, et je me demande par conséquent si, tout en accordant aux applications externes une très-grande part dans le soulagement obtenu, il ne faut pas faire honneur de la guérison définitive à l'ingestion du chloroforme à une dose un peu élevée. J'ai fait cesser si souvent des phénomènes spasmodiques par le chloroforme administré à l'intérieur, qu'il m'est impossible de ne rien accorder dans le succès à une médication qui a triomphé entre mes mains des phénomènes spasmodiques de la colique de plomb, de la colique hépatique, néphrétique, etc.

Un mot maintenant sur l'emploi topique du chloroforme : il ne faut pas oublier que le chloroforme a une action très-agressive sur la peau, et par conséquent que, chez les personnes à peau fine et délicate, il ne faut pas employer une trop grande quantité de ce liquide. Un linge fin et simple imprégné de chloroforme suffit très-bien, et il n'est même pas nécessaire que le linge soit imbibé partout, mais seulement dans la partie qui se trouve en rapport avec les muscles contracturés. Je me demande encore jusqu'à quel point, chez les femmes à peau très-fine et délicate, il n'y aurait pas avantage à mélanger le chloroforme à partie égale ou au double de son poids d'huile d'amandes douces ou d'huile de camomille camphrée. Dans tous les cas, le contact du chloroforme avec les parties malades doit être assuré par plusieurs tours de bande. Quant à la quantité de chloroforme à donner à l'intérieur, il m'est impossible de rien dire que ce que j'ai déjà constaté dans d'autres circonstances, à savoir que l'on peut, sans inconvénient et sans danger, donner de 40 à 50

gouttes de chloroforme dans une potion gommeuse de 125 à 150 grammes, par cuillerée d'heure en heure ; tout au plus déterminerait-on, comme cela a eu lieu chez notre jeune malade, un peu d'ivresse. L'avenir dira du reste si l'administration du chloroforme à l'intérieur est aussi importante dans le traitement de la contracture spasmodique que l'analogie m'a porté à le penser.

---

**Note sur le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle (¹).**

Par M. le docteur DUCHENNE (de Boulogne).

Il ressort de mes observations que la faradisation localisée, de quelque manière que je l'aie pratiquée, n'a exercé, en général, aucune influence curative sur le spasme fonctionnel, bien qu'elle ait paru quelquefois améliorer momentanément l'état des malades.

Cet insuccès de la faradisation localisée concourt à confirmer la théorie du spasme fonctionnel, que j'ai exposée précédemment, et qui fait dépendre ce trouble de la locomotion d'une lésion morbide d'un point du centre nerveux. On comprend donc que cette excitation toute périphérique et localisée dans le muscle soit incapable de modifier ou de faire disparaître un trouble fonctionnel symptomatique de cette lésion nerveuse centrale.

Si, au contraire, le point de départ de la maladie siégeait dans les muscles affectés par le spasme fonctionnel, il est probable que la faradisation localisée aurait plus de prise contre elle, et agirait comme dans la contracture idiopathique. J'ai démontré, en effet, que cette dernière affection guérit, en général, par la faradisation des muscles antagonistes. J'en ai rapporté quelques exemples dans mon *Traité d'électrisation localisée*. Depuis lors, j'ai obtenu plusieurs guérisons semblables par le même traitement faradique. J'en vais relater un nouveau cas récent et des plus remarquables, où l'on verra chez le même individu une contracture idiopathique guérir par la faradisation des muscles antagonistes, et cependant la crampe des écrivains dont il est affecté résister au même traitement.

OBS. *Contracture du splénius et de l'angulaire de l'omoplate du côté droit, datant de* 1852, *consécutive à un spasme fonctionnel, dit* crampe des écrivains. — *Guérison de la contracture par la faradisation du muscle antagoniste, et persistance de la crampe.* — Guérin (Matthieu), soixante-deux ans, caissier, rue de Verneuil, 33, est bien portant habituellement. Il a eu seulement une fièvre typhoïde en 1844.

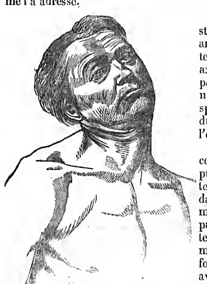
---

(¹) Suite et fin. — Voir les livraisons précédentes, p. 145 et 196.

Il n'a jamais eu d'affection rhumatismale ni de douleurs rhumatoïdes. En 1852, il commence à éprouver des crampes dans la main droite, chaque fois qu'il a écrit pendant un certain temps (une ou deux heures). L'écriture était alors moins nette et moins rapide. De la douleur et de la fatigue se faisaient sentir dans le pouce et l'index, ce qui le forçait à serrer fortement la plume, et alors la fatigue s'étendait dans tout le bras. Ces contractures n'étaient pas provoquées par les autres usages de la main. Six vésicatoires ont été appliqués successivement sur le bras, du poignet à l'épaule; des douches de vapeur aromatiques ont été données, et tout cela sans résultat. Malgré la difficulté qu'il éprouvait en écrivant, il n'en a pas moins continué son état de caissier, qui nécessitait une correspondance très-active. Les crampes ne revenaient pas quand il n'écrivait pas.

En 1854, impossibilité de tenir la plume de la main droite; elle lui échappait des doigts, et, s'il voulait la retenir, les crampes l'en empêchaient. Depuis lors, il n'a plus écrit que de la main gauche. C'est à cette époque qu'il a commencé à éprouver des spasmes dans l'épaule droite et le cou, avec douleurs qui survenaient d'abord quand il écrivait, qui ont augmenté progressivement et qui sont devenues continues. Pendant la marche ou la station, les contractures se sont exaspérées. En 1852, il a été forcé de cesser ses fonctions d'écrivain et de caissier.

En décembre 1859, il se présente à la clinique de M. Nélaton, qui me l'a adressé.



Voici ce que j'ai alors constaté. La tête est inclinée en arrière et à droite; en même temps elle a tourné sur son axe. L'épaule droite est un peu plus haute. Le tronc est un peu penché en avant. Le splénius droit est gonflé et dur, ainsi que l'angulaire de l'omoplate.

Bien que la contracture de ces muscles soit continue depuis 1854, le sujet ressent de temps à autre des spasmes dans quelques autres muscles moteurs de la tête et de l'épaule, spasmes qui augmentent pendant la station et la marche, au point qu'il est forcé alors de soutenir sa tête avec la main. Quelque effort qu'il fasse, il ne peut tourner la tête de droite à gauche, ni l'incliner en avant. Cependant je puis faire exécuter mécaniquement ces mouvements de la tête, mais d'une manière incomplète. Si je lui fais repousser de

droite à gauche ma main appliquée sur le côté gauche de sa tête, sa contracture cesse et il recouvre en partie les mouvements de sa tête. Les muscles contracturés et les parties voisines sont le siége d'une douleur constante. Pas de saillie des muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens, ni d'autres reliefs musculaires indiquant l'existence d'autres contractures.

*Traitement.* — Le 12 décembre 1859, j'ai faradisé avec un courant à intermittences rapides le splénius gauche (antagoniste du muscle contracturé), en plaçant un réophore humide un peu au-dessous de son attache supérieure, ayant soin d'éviter la portion claviculaire du trapèze, le second réophore étant appliqué au niveau de son extrémité inférieure (dans ce point le trapèze qui recouvre le splénius est aponévrotique, de telle sorte que le courant traversant cette aponévrose arrive directement au tissu de ce dernier muscle). Après quelques minutes de cette excitation, la contracture disparaît progressivement et la tête tourne peu à peu de droite à gauche. Cette première séance n'a duré que huit minutes et le malade a pu tourner immédiatement la tête à gauche et l'incliner en avant et à gauche; mais ces mouvements étaient très-limités. Le sentiment de roideur douloureuse qui existait à droite, au-dessous de la nuque, avait presque entièrement disparu; mais cette amélioration n'a duré que quelques heures. La seconde séance a été suivie du même résultat, et le mouvement de rotation de la tête avait encore gagné en étendue.

Après la cinquième séance, la contracture n'est plus revenue, la tête s'est redressée, la marche et la station n'ont plus provoqué de temps à autre que de faibles spasmes dans les muscles auparavant contracturés. Cependant les mouvements de rotation et d'inclinaison latérale et gauche de la tête ne jouissent pas encore de leur étendue normale, et il est évident que l'obstacle à ces mouvements ne dépend plus d'une résistance musculaire. Je fais alors porter l'appareil à extension élastique suivant : une bande large de quatre travers de doigt est fixée solidement au front; à ce frontal sont attachés, par leurs extrémités supérieures, deux autres bandes terminées en bas par deux forts ressorts de bretelles, l'une en avant et à gauche, et l'autre en arrière et à gauche, de manière qu'en tirant sur ces deux bandes à la fois, mais un peu plus sur celle qui est attachée en avant, la tête est inclinée latéralement et en arrière, en même temps qu'elle

tourne de droite à gauche. Alors, leurs extrémités inférieures sont fixées au côté gauche du pantalon, à l'aide de boutonnières espacées de telle sorte que l'on puisse régler l'action de chacune d'elles. Grâce à cet appareil, dont la tension a été augmentée graduellement, les mouvements de la tête à gauche et en avant sont devenus de plus en plus étendus. La faradisation pratiquée deux fois par semaine a été continuée pour combattre les légers spasmes du splénius et de l'angulaire, qui reviennent de temps à autre. Aujourd'hui, après la quinzième séance, le malade peut être considéré comme guéri.

En somme, la guérison d'une contracture ancienne (datant de cinq ans), des muscles splénius et angulaire de l'omoplate, consécutive à une crampe des écrivains, a été obtenue par la faradisation à intermittences rapides des muscles antagonistes. Un appareil à forces élastiques, agissant en sens contraire des muscles contracturés, a complété la guérison, en allongeant progressivement les brides qui étaient dues à la longue attitude vicieuse de la tête.

Quant à la crampe des écrivains, elle n'a subi aucune modification sous l'influence de la faradisation.

Le malade a essayé en effet d'écrire une fois avec sa main droite depuis la guérison de sa contracture, ce qu'il n'a pu faire depuis longtemps. Les premières lignes ont été faciles et assez nettes; mais bientôt il a senti revenir la roideur de la main, puis les crampes. Voulait-il lutter un instant contre cette difficulté, la contracture musculaire du cou commençait déjà à reparaître. Il a eu la sagesse de s'arrêter à temps et de ne pas répéter cet essai imprudent, qui eût rappelé infailliblement la contracture dont il est heureusement guéri. Il exerce aujourd'hui un état qui n'exige qu'une signature à donner à de rares intervalles.

Je me propose d'expérimenter contre son spasme fonctionnel, rebelle à l'influence thérapeutique de la faradisation, des courants continus et constants, dont M. Remak dit avoir tiré de bons résultats dans cette affection musculaire.

J'ai obtenu la guérison d'un spasme fonctionnel du sterno-mastoïdien par la contraction volontaire et continue des muscles antagonistes, provoquée et entretenue par une résistance élastique, espèce de gymnastique que j'avais eu l'idée d'expérimenter dans le cas de spasme fonctionnel relaté dans l'avant-dernière observation. Cette affection datait de trois ans et avait été rebelle à une médicamentation active et à la faradisation des muscles antagonistes appliquée pendant six mois; en voici la relation.

*Obs.* Il s'agit d'une demoiselle d'Orléans, âgée de vingt-quatre ans, pianiste, qui est venue me consulter en 1855. — Depuis trois ans,

elle était affectée d'un torticolis contre lequel des médications très-variées avaient toutes échoué jusqu'à ce jour, bien qu'elles eussent été prescrites par les hommes spéciaux les plus habiles. Elle est même restée six mois de l'année 1854 dans l'établissement orthopédique de M. Bouvier, où pendant cet espace de temps on essaya, concurremment avec les moyens mécaniques, la faradisation localisée des antagonistes sterno-mastoïdiens, sans obtenir la moindre amélioration. M. Bouvier était d'autant plus surpris de cet insuccès qu'il avait été témoin de la guérison obtenue chez d'autres malades au moyen de la faradisation des muscles antagonistes.

Mais je découvris bientôt que cette contracture était un spasme fonctionnel. Elle n'apparaissait en effet que pendant la station et cessait dès que la tête trouvait un point d'appui, soit dans le décubitus dorsal, soit lorsqu'elle était renversée sur le dos d'un fauteuil. Je compris alors la raison de sa résistance à une médication qui triomphe habituellement des autres espèces de contractures.

Je fis chez cette malade les mêmes expériences que dans les cas relatés précédemment, et j'obtins des résultats identiques. En effet, au moment où, pendant la station, le spasme se produisit, je lui fis repousser ma main appliquée contre sa nuque, et ce spasme cessa immédiatement. Mais voici un autre phénomène curieux, qui se produisit dans cette expérience : quand elle était dans la station, elle ne pouvait tourner la tête à droite. Pendant son séjour à l'établissement d'orthopédie, on n'obtenait les mouvements de latéralité à droite qu'au prix des plus grands efforts, et encore ces mouvements étaient-ils très-limités. Eh bien! pendant qu'elle s'efforçait de vaincre la résistance que j'opposais à l'extension de la tête, elle exécutait ces mouvements de latéralité de la tête, en tous sens et avec la plus grande facilité. La possibilité d'exécuter ces mouvements surprit d'autant plus M^lle X***, qu'on lui avait témoigné, disait-elle, la crainte que la difformité des surfaces articulaires et de leurs annexes ne fût la cause réelle de l'obstacle à l'étendue de certains mouvements latéraux de la tête. L'expérience que nous venions de faire, non-seulement nous rassurait sur ce point, mais encore démontrait, comme dans les cas précédents, que la contraction volontaire des antagonistes des muscles contracturés faisait cesser instantanément le spasme musculaire.

Je mis à profit la connaissance de ce phénomène dynamique, en conseillant à M^lle X*** des exercices analogues à ceux que j'avais fait faire à M. B***, et en même temps je pratiquai, pour satisfaire la malade et son médecin, la faradisation localisée des antagonistes du muscle contracturé. Une amélioration notable se manifesta après quinze jours de traitement. Je n'en ferai pas les honneurs à l'excitation électro-musculaire qui, quoique parfaitement appliquée antérieurement, avait échoué complétement. Je crois qu'elle est due uniquement à l'espèce de gymnastique dérivative que j'avais prescrite, et peut-être aux deux moyens réunis. Quelques mois après son traitement, M. Bouvier a constaté, avec surprise, la guérison de son ancienne pensionnaire.

Je n'ai pas la prétention d'établir sur ce seul fait la valeur de

cette espèce de gymnastique appliquée au traitement de certains spasmes fonctionnels. Je ne la signale que pour engager les praticiens à l'expérimenter dans le spasme fonctionnel des muscles moteurs du cou.

Je dois dire, en terminant ce travail, que le spasme fonctionnel de la main (la crampe des écrivains) s'est montré rebelle à tout exercice de gymnastique, autant qu'à la faradisation localisée. On doit heureusement à M. Cazenave (de Bordeaux) la découverte de moyens prothétiques très-ingénieux qui diminuent les inconvénients de l'infirmité occasionnée par la crampe des écrivains. Il n'entre pas dans mon sujet de décrire ici les appareils prothétiques imaginés par cet habile praticien (¹).

*Résumé général.* — La fonction musculaire, fréquemment répétée, peut occasionner temporairement le spasme ou la paralysie d'un ou de plusieurs des muscles qui concourent à cette fonction.

Le spasme fonctionnel est caractérisé tantôt, et ordinairement, par des contractions continues, tantôt par des tremblements ou des contractions cloniques ; il disparaît avec la suspension de la fonction musculaire qui l'a provoqué. Il est quelquefois indolent, mais plus souvent douloureux. Fréquemment il apparaît dans les muscles moteurs de la main. Alors seulement cette forme de spasme fonctionnel pourrait être désignée sous le nom de *crampe des écrivains*, dénomination qui lui a été donnée par les auteurs, parce qu'il est ordinairement continu et douloureux, parce que l'on a vu qu'il attaquait spécialement les écrivains. Mais je l'ai observé chez des pianistes, chez une fleuriste, chez des tailleurs, chez des cordonniers, chez des maîtres d'armes, etc. Bien plus, il peut régner dans beaucoup d'autres régions que la main. Ainsi je l'ai vu siéger dans les rotateurs de l'humérus, dans les rotateurs de la tête ; dans les fléchisseurs de la tête, pendant la station ; dans les muscles de la face ; dans les muscles de l'œil, pendant la lecture ou la fixité du regard (et produire le strabisme) ; dans les fléchisseurs du pied sur la jambe (chez un tourneur), enfin dans les expirateurs pendant chaque inspiration.

La paralysie musculaire fonctionnelle ne se montre également que pendant l'exercice de la fonction qui l'a occasionnée. Elle est beaucoup moins commune que le spasme fonctionnel.

Jusqu'à présent la faradisation m'a paru généralement sans action thérapeutique sur le spasme fonctionnel. Elle a échoué complé-

---

(¹) Nons avons déjà le dessin de l'un de ces appareils; nous publierons l'autre aux *Variétés* du prochain numéro.

tement dans les quelques cas de paralysie musculaire fonctionnelle que j'ai eu occasion de traiter, tandis qu'elle guérit en général la contracture idiopathique.

Le spasme fonctionnel des muscles moteurs de la tête peut guérir sous l'influence d'un exercice gymnastique qui consiste à maintenir aussi longtemps que possible les muscles antagonistes de ceux où siége ce spasme dans un état de contraction continue et volontaire, au moyen d'un appareil à résistance élastique.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

**Remarques pratiques sur la méthode endorganique. — Injections de perchlorure de fer. — Injections iodées (¹).**

Par M. le professeur Alquié, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

A l'annonce des propriétés hémostasiques du perchlorure de fer, et sans connaître aucun essai de cette espèce, quo nous avons vu ensuite attribué à Wood, Raoult-Deslongchamps, etc., la solution de Dubuisson fut employée dans une série de cas de notre service : cancer fongueux, fongus vasculaire de certaines bourses muqueuses, notamment de celle du ligament rotulien, tumeurs érectiles, etc., ont été combattus à l'aide de cette injection endorganique. En portant ainsi au sein du fongus hématode un agent si puissant, notre but était d'en modifier profondément le tissu, afin d'y déterminer soit une rétraction atrophique, soit une phlogose supposée, qui nous permît ensuite d'extirper sans danger la masse morbide. On ne lira pas sans intérêt un exemple de chacun de ces résultats heureux.

Obs. III. *Tumeur érectile de la région frontale et orbitaire gauche. — Injection de perchlorure de fer. — Guérison.* — Valentin, âgé de dix-neuf ans, offrant une constitution délabrée, sujet à des épistaxis, porte depuis sa naissance une tumeur érectile du front. Il y avait quatre mois que le mal s'étendait à la conjonctive, lorsque ce jeune homme vint dans le service chirurgical, le 30 mai 1854. Alors, la tumeur occupe à peu près la région frontale gauche ; elle est du volume de la moitié d'une orange, et d'une couleur bleue à la surface. Elle s'étend en dedans à la ligne médiane, en haut à la suture fronto-pariétale, en bas à la racine du nez, en dehors jusqu'au milieu de la fosse zygomatique, enfin à toute la paupière supérieure, à la conjonctive, de manière à gêner beaucoup la vision.

(¹) Suite. — Voir la livraison précédente, p. 215.

La conjonctive oculaire est d'un rouge lie de vin, boursouflée, et forme un bourrelet considérable au centre duquel la cornée se trouve comme enchâssée. Cette tumeur est mollasse, chaude, mais sans battement; elle augmente de volume quand le malade se met en colère. Enfin, les veines environnantes sont très-saillantes. Le 2 juin, 1 gramme de teinture alcoolique d'iode est injecté dans un point de la tumeur; il s'en écoule beaucoup de sang; le malade y accuse de vives douleurs. Le 5 juin, aucun changement avantageux n'étant survenu, nous avons recours à deux injections pareilles avec une solution, au centième, de pyrolignate de fer. Un écoulement de sang abondant a lieu, sans changement favorable dans la tumeur. Le 11 juin, nous pratiquons une injection de 8 gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés: hémorrhagie, mais bientôt induration notable autour du point piqué. Le lendemain, turgescence de la tumeur, chaleur accrue, écoulement séro-sanguinolent par la piqûre. Le 13 juin, écoulement de pus; cependant, le jeune homme reste calme et sans fièvre. Le 16 juin, nouvelle injection pareille dans la portion zygomatique de la tumeur; mêmes effets que précédemment. Tuméfaction d'abord et induration de la tumeur, suppuration abondante à travers les piqûres. Mais bientôt il se développe des phénomènes d'une congestion cérébrale que nous combattons énergiquement et qui a disparu le 25 juin. Alors, nous pratiquons une autre injection sur un point différent de la tumeur; le 30, une autre injection pareille, qui fut suivie des mêmes effets locaux. Ces phlogoses répétées sur divers points de la tumeur, la suppuration abondante qui en est la conséquence, ont déterminé un retrait, une condensation de cette masse fongueuse, qui est devenue dure, décolorée. Le boursouflement de la conjonctive a disparu, la paupière supérieure a repris son volume normal, la vision est libre, et ce jeune homme quitte l'Hôtel-Dieu, le 24 juillet, conservant seulement à la région frontale une exubérance à peine marquée des tissus. (Observation de M. le docteur Duffours.)

De l'observation précédente, qui remonte au mois de juin 1854, il résulte que le perchlorure de fer condense et solidifie le sang: de là, le noyau d'induration formé autour du point par où pénètre l'injection. Mais cette induration n'est point constituée par un véritable caillot, comme on l'a prétendu. Les phénomènes inflammatoires qui suivent ordinairement cette injection annoncent un travail éliminateur d'un corps étranger, le perchlorure de fer. Il est facile ainsi d'expliquer l'affaissement et la guérison de la tumeur érectile par cette inflammation elle-même qui détruit d'abord le tissu aréolaire, l'infiltre de matériaux plastiques, oblitère les vaisseaux, et amène enfin l'adhésion des parois de la tumeur. Tel a été, en effet, le résultat obtenu en ce cas. En certains autres, il n'a pas été, à cause de la saillie de la tumeur, assez atrophique pour nous permettre d'éviter l'extirpation de la masse pathologique. Du moins,

la modification endorganique obtenue a rendu l'extirpation simple et sans hémorrhagie ; en voici un exemple.

Obs. IV. *Tumeur vasculaire au-dessous de la commissure gauche des lèvres. — Injection au perchlorure de fer. — Extirpation de la tumeur.— Guérison.* — Un sous-officier, âgé de vingt et un ans, vient à l'Hôtel-Dieu le 5 décembre 1856. Il présente, un peu au-dessous et en dehors de la commissure gauche des lèvres, une tumeur qu'il porte depuis l'âge de deux ans ; elle avait alors l'aspect d'un *nævus maternus*, et elle a pris de l'accroissement, surtout pendant la guerre de Crimée. Cette tumeur, à surface violacée, offre une forme sphérique, 3 centimètres de diamètre, et repose sur la muqueuse de la bouche ; elle est molle, s'aplatit quand on la comprime, sans douleur, sans battement ; toutefois, elle grossit pendant un effort ou un mouvement de colère. Le 6 décembre, nous pratiquons une ponction exploratrice qui donne lieu à un jet de sang. Le 8 décembre, nous poussons dans la tumeur quelques gouttes de perchlorure de fer qui n'y produit aucun changement, sans doute parce que la solution employée était trop ancienne. Aussi nous fîmes préparer une nouvelle solution au laboratoire de la Faculté. Le 10 décembre, une injection de quelques gouttes de ce perchlorure de fer fut faite dans la tumeur, qui acquit instantanément un volume et une dureté très-prononcée ; le malade accusa une sensation de brûlure. Le 11, la tumeur est très-dure ; elle offre de la rougeur à la périphérie, et une teinte brune au centre. En palpant la tumeur, on croirait saisir une pierre ou une concrétion solide. Les jours suivants la tumeur se ramollit, suppure à son centre, diminue de volume et se condense à la périphérie. Le 26 décembre, nous poussons dans la tumeur une nouvelle injection de perchlorure de fer ; l'induration augmente. Enfin, croyant avoir obtenu une condensation suffisante, et une transformation fibreuse de la tumeur, le 5 janvier 1857, nous en pratiquons l'extirpation, sans provoquer la moindre hémorrhagie. Par la suite, la cicatrisation s'effectue, et la guérison a lieu, sans traces de tissu érectile, lorsque ce militaire quitte l'hôpital, le 24 janvier. (Observation recueillie par M. le docteur Blanc, chef de clinique).

Nous pourrions donner ici d'autres exemples semblables des avantages que nous retirons depuis près de six ans des injections au perchlorure de fer pour le traitement des tumeurs vasculaires. Nous rejetons, malgré leurs rares succès, l'emploi de ces injections dans les poches anévrismales, parce qu'elles déterminent la formation d'un magma sanguin, véritable corps étranger, rarement toléré, et ordinairement suivi des conséquences souvent fâcheuses de l'existence des substances irritantes. Nous sommes, au contraire, partisan de ces injections au sein des masses vasculaires. Ici, en effet, les changements organiques que l'inflammation entraîne sont des bienfaits à provoquer, car ils produisent des modifications cu-

ratives du tissu érectile, devenant ainsi fibreux, dense, peu vasculaire, et susceptible de disparaître par absorption ou d'être extirpé sans hémorrhagie.

Une des applications les plus remarquables sans contredit de cette méthode thérapeutique est celle faite au traitement du goître par les injections de perchlorure de fer. Sans vouloir en ce moment nous étendre sur ce sujet comme il le mériterait, nous dirons cependant que la structure normale du corps thyroïde, et celle du goître simple qui en est une véritable hypertrophie, nous a semblé permettre d'assimiler cette glande aux masses fongueuses sanguines, ou aux tumeurs érectiles. Le peu d'influence physiologique dont cet organe paraît jouir nous a paru permettre d'en provoquer l'atrophie, comme, du reste, nous l'avons en partie obtenue à la faveur de la ligature des artères thyroïdiennes supérieures [1]. Quand on se rappelle les dangers de la plupart des moyens chirurgicaux proposés ou tentés contre le goître, on conviendra sans peine des avantages du perchlorure de fer employé comme nous venons de le montrer à propos des tumeurs érectiles. Voici, du reste, un premier essai.

Obs. V. *Goître considérable et multilobulaire. — Injections de perchlorure de fer. — Atrophie presque complète.* — Le 14 octobre 1859, est entré, à l'Hôtel-Dieu, Roux, âgé de vingt-huit ans, offrant une constitution faible, un tempérament lymphatique, né à Bordeaux. Il passa huit ans à Lyon et parcourut différents pays, couchant souvent sur la terre humide. De là il est résulté des scrofules dont il présente des traces nombreuses. A la partie antérieure du cou on remarque une tumeur volumineuse, ayant trois lobes bien distincts. Le droit, le plus volumineux, offre une surface inégale et un bord inférieur convexe, qui forme un relief considérable au-dessus de la clavicule; son bord droit s'enfonce au-dessous du muscle sterno-mastoïdien qu'il soulève; son bord supérieur s'étend au-devant du cartilage thyroïde; en avant, la peau laisse voir une petite tumeur érectile. Moins volumineux, le lobe gauche s'étend cependant jusqu'au devant de la clavicule et dans le creux susclaviculaire. Ce lobe est surmonté d'un lobule arrondi, mobile en partie, demi-fluctuant, de la grosseur d'un œuf de poule. Les deux premiers lobes ont commencé dès l'enfance du malade et n'ont pas fait de grands progrès depuis lors; le troisième se présenta, il y a trois ans environ, sous la forme d'une petite tumeur accrue jusqu'à ce jour. Ce lobe oblige le malade à incliner la tête du côté opposé, et gêne beaucoup la respiration, ce qui a déterminé ce jeune homme à venir à l'Hôtel-Dieu.

Le 15 octobre, une ponction faite sur le petit lobe a donné du sang et des plaques d'épithélium; 1/2 gramme de la solution de

(1) *Clinique chirurgicale*, t. II, 1858, p. 206.

perchlorure de fer de Dubuisson est injecté et cause peu de douleurs. Le 17, cette opération est répétée avec les mêmes résultats. Le 18 et le 19, l'injection est renouvelée et détermine cette fois des douleurs vives, de la tuméfaction et de l'induration de la partie, de la fièvre (cataplasmes laudanisés, tisanes d'orge, potages). — Bientôt ces symptômes s'apaisent, le lobe diminue notablement, ses parois sont très-indurées et sa cavité est réduite; aussi dans les ponctions ultérieures il ne s'écoule plus de sang.

Le 26 octobre, une ponction pareille est faite dans le lobe droit avec injection de 1 gramme de solution de perchlorure de fer; du sang artériel s'échappe d'abord; des douleurs excessives se font sentir immédiatement jusqu'à la région précordiale : cependant, ces douleurs ont bientôt cédé à des frictions laudanisées et à une potion opiacée; en même temps, ce lobe devient dur et tuméfié; une réaction fébrile se manifeste et se continue pendant un jour; un *herpes labialis* se manifeste; le calme reparaît ensuite; le lobe a beaucoup diminué et a pris une dureté notable.

Le 2 novembre, nous pratiquons une nouvelle ponction au lobe gauche, d'où s'échappe le perchlorure de fer préalablement injecté, ce qui nous confirme qu'il s'agit d'un kyste développé dans l'épaisseur du lobe gauche de la glande thyroïde, kyste à parois glanduleuses et devenues très-dures sous l'influence du perchlorure de fer. Depuis ce moment, jusqu'au 15 février dernier, nous avons fait plusieurs essais pareils sur ce lobule et sur le lobe gauche. La maladie a considérablement diminué et s'est presque complétement effacée; la respiration n'est plus gênée; la santé du sujet est excellente; le lobe droit du corps thyroïde s'est amoindri presque entièrement et s'est fortement induré; le gauche a subi la même modification, ce qui nous a donné un résultat complétement satisfaisant. Aussi croyons-nous ce premier fait digne de l'attention des praticiens; il nous paraît démontrer la possibilité de la curation du goître, soit à l'aide des injections de perchlorure de fer seules, soit, dans les cas extrêmes, avec la ligature préalable des deux artères thyroïdiennes supérieures, qui nous a donné sur un autre malade une amélioration si notable et si facile. Cet exemple engagera sans doute ceux de nos confrères qui ont de plus fréquentes occasions de traiter des goîtres à vérifier la valeur de nos essais.

Les préparations d'iode ont été aussi de notre part le moyen d'expérimentations les plus diverses : l'on a vu, par l'une des observations précédentes, que nous les avons portées au sein des fongus hématodes. Les altérations cancéreuses ont été ainsi traitées, et ce n'a pas été notre faute si nous n'avons pas obtenu les beaux résultats annoncés par notre honorable confrère M. le docteur Boinet. Non-seulement l'iode, les iodurés, etc., ont été administrés par la bouche, mais ils ont été poussés dans l'épaisseur et autour des produits cancéreux avec une persistance et une multiplicité de modes bien dignes de meilleurs effets. Loin de nous l'intention d'énumérer

ici cette série de tentatives contre les maux les plus divers. On jugera par l'exemple suivant si nous avons manqué de hardiesse à cet égard. Au mois d'octobre dernier, un de nos malades était atteint de ce que l'on nomme généralement *amblyopie amaurotique*, ce que l'ophthalmoscope nous montra dépendre d'une congestion des vaisseaux de la rétine et d'une suffusion opaline du corps vitré. Cette maladie ayant résisté depuis longtemps aux remèdes les plus variés, nous nous décidâmes à pratiquer, à travers la paupière supérieure, autour de l'œil lésé, et dans l'orbite, une injection de 10 gouttes d'une solution, au centième, d'iodure de potassium. Il serait trop long de dire ici les motifs d'une pareille expérimentation, ce que du reste nous exposerons plus tard. Le malade éprouva des douleurs vives, de la tuméfaction de la paupière. Toutefois, le lendemain les souffrances avaient cessé, et une modification remarquable était survenue à l'œil amaurotique. Ainsi la pupille, depuis longtemps largement dilatée, reprit les dimensions normales ; la sensation de florescence et de nuages lumineux disparut presque entièrement. Nous poursuivons de pareilles recherches dans le but de rendre aux divers milieux de l'œil leur transparence normale.

La teinture d'iode a été portée non-seulement au sein des ganglions lymphatiques engorgés, mais encore dans les testicules atteints d'infiltration plastique ou tuberculeuse, dans les périostoses, etc. Un seul malade, affecté d'engorgement chronique, dur et considérable d'un ganglion de l'aine, en a retiré un bienfait marqué. Les abcès idiopathiques ont été bien des fois heureusement modifiés à la faveur du même moyen (1). Mais jamais aucun abcès par congestion, ou associé à une altération des os, n'en a éprouvé un changement favorable, ou que l'on dût attribuer à l'emploi de cette substance (2). Il n'en a pas été ainsi des fistules à l'anus. Sans avoir obtenu la guérison d'un grand nombre de fistules à l'aide des injections iodées, du moins, en plusieurs cas, ces injections ont seules déterminé leur occlusion solide. Nous signalerons le fait suivant :

Obs. VI. ***Fistule à l'anus, multiple et très-étendue. — Inefficacité d'abord des injections iodées. — Incision du principal trajet fistuleux. — Persistance de l'un d'entre eux, oblitéré enfin à l'aide d'injections avec la teinture d'iode.*** — Perric, tambour au 65e régiment de ligne, vient à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1859. Au mois de novembre 1859, il fut atteint de dysentérie pour laquelle

(1) Revue thérapeutique médicale, 1850.
(2) Revue thérapeutique médicale, 1850.

il fut traité dans un hôpital. Bientôt après il lui survint autour du rectum un abcès qui, au bout de quinze jours, s'ouvrit spontanément par deux ouvertures sur la fesse gauche, et une troisième sur l'autre. Ces ouvertures fistuleuses donnaient passage à des matières fécales. L'existence de ces fistules multiples complètes et communiquant avec un foyer commun étant constatée, M. Alquié fait pratiquer des injections iodées chaque jour, pendant trois semaines. N'en obtenant pas de résultat avantageux, il a recours à des injections avec une solution de 1 à 3 grammes de tannin sur 100 grammes d'eau durant quinze jours, mais sans de meilleurs effets. En conséquence, il se décide à inciser le principal trajet fistuleux le 10 août. Quoique très-étendue, cette incision ne présente rien de particulier; une mèche est introduite dans la plaie afin d'étancher l'écoulement de sang. Cette mèche est enlevée deux jours après; toute espèce de pansement est dès lors supprimé; l'une des lèvres de la plaie est cautérisée avec le nitrate d'argent. Mais le 13 août, le chirurgien en chef se contente d'écarter les lèvres de la plaie au moyen de simples pinces à pansement, manœuvre qui est répétée pendant dix jours. Alors la plaie est presque cicatrisée; toutefois, il reste une fistule sur la fesse droite contre laquelle on emploie des injections avec la teinture pure d'iode durant douze jours. Ce moyen complète la guérison solide, et permet à ce militaire de retourner à son corps, le 6 septembre suivant. (Observation recueillie par M. Plantin.)

On remarquera dans cette observation les essais de tannin qui ne nous ont pas donné de résultat favorable, non plus que l'iode d'abord; la cautérisation sans pansement ultérieur des lèvres de l'incision faite sur le principal trajet fistuleux, procédé qui nous a réussi souvent et depuis longtemps (1). Toutefois, ce procédé déjà si simple du traitement de la fistule à l'anus après l'incision a été encore ici, comme chez plusieurs autres de nos malades, plus simplifié, à la faveur de l'introduction d'une paire de pinces à pansement entre les lèvres de l'incision, au lieu de grosse mèche, ou même de la cautérisation que nous avions précédemment employée. Ainsi, quand elle est inévitable, incision de la fistule, interposition d'une mèche le premier jour pour arrêter tout écoulement de sang, écartement une fois par jour ensuite de ces lèvres avec une paire de pinces à pansement, jusqu'à la cicatrisation isolée de ces bords, tel est le mode thérapeutique aussi simple que sûr que nous mettons actuellement en usage.

Les fistules de toute autre espèce ont rarement été modifiées par les injections d'iode; toutefois elles ont amené la guérison, en cer-

(1) *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 194.

tains cas, de fistules consécutives à des plaies d'armes à feu, notamment dans le fait suivant.

Obs. VII. *Coup de feu à l'aisselle droite.—Fistule.— Grands bénéfices des injections iodées.*—Un soldat, âgé de vingt-quatre ans, appartenant au 1er régiment de la légion étrangère, entre dans notre service le 29 juin 1855; il est évacué de Crimée. Il présente une blessure produite par une balle qui a traversé l'épaule d'avant en arrière, toutefois un peu en dedans de l'articulation. De cette plaie fistuleuse s'échappe sous la pression une abondante quantité de pus ténu et séreux. Le malade ne peut élever le membre ni fléchir les doigts, à cause de la blessure des nerfs du plexus brachial. Nous faisons pratiquer, chaque jour, dans ce trajet fistuleux qui ne renferme aucun corps étranger, des injections avec la teinture alcoolique d'iode d'abord étendue à moitié d'eau, et ensuite pure. Sous l'influence de ce moyen, aidé du régime et du repos convenable, le pus devient de moins en moins abondant, de plus en plus lié; la fistule se rétrécit progressivement; le pus redevient séreux, mais onctueux et peu abondant; enfin il se tarit et la plaie se ferme. En même temps ce militaire a repris des forces, tous les caractères de la santé, sauf l'impotence partielle du membre blessé.

Puisqu'il est question en ce moment de fistules, nous ne saurions quitter ce qui a rapport à leur traitement, sans signaler un cas des plus remarquables.

Obs. VIII. *Fistule ancienne au menton.—Dents saines à l'extérieur. — Arrachement et excision de la racine d'une incisive. — Replacement et conservation du reste de cette dent.—Guérison de la fistule.*—Weyer, soldat au 2e régiment du génie, âgé de vingt-cinq ans, est entré à l'hôpital Saint-Éloi le 2 octobre 1858. Au mois de décembre 1857, il s'est aperçu d'un petit abcès qui s'est développé au centre du menton; il n'a jamais ressenti de douleur dans cette région ni dans les dents qui l'avoisinent. L'abcès a percé spontanément, laissant écouler une petite quantité de pus sanguinolent. A partir de ce moment, il s'est établi en ce point une fistule donnant un écoulement puriforme, mêlé de temps en temps de salive; jamais il n'est sorti de parcelle d'os. Au mois de juin 1858, il entre à l'hôpital où, après l'exploration de la fistule, on lui ordonne des injections dans la fistule avec une solution de nitrate d'argent, et on l'envoie aux bains de mer. Ce traitement est resté inefficace, et quelque temps après, le 2 octobre 1858, Weyer rentre à l'Hôtel-Dieu. On lui fait prendre de l'huile de foie de morue et répéter les injections précédentes. Au moment où M. Alquié a pris le service, le 1er novembre 1858, la maladie n'avait éprouvé aucune amélioration. Le chirurgien en chef explore la fistule, et son stylet vient donner contre l'incisive gauche. Le malade ressent distinctement l'impression du stylet sur cette dent; la percussion de la couronne de celle-ci ne produit pas de douleur bien marquée. Le 11 novembre, M. Alquié extrait au malade l'incisive gauche dont l'extrémité

de la racine se trouve altérée; toute la portion gâtée est excisée; la dent est replacée dans son alvéole et fixée aux dents voisines par des fils de soie. A partir de ce moment, le malade voit sa fistule se fermer peu à peu. Dès les premiers jours, l'écoulement diminue rapidement; l'orifice extérieur de la fistule s'affaisse progressivement, se ferme lentement et sans accidents; la dent se consolide. Le 29 novembre, l'ouverture est à peu près complétement oblitérée, et ce militaire demande à reprendre son service. (Observation recueillie par M. le docteur Planchon.)

Nous avons toujours regretté le sacrifice que l'on fait si légèrement des dents. Il est inutile de dire combien ces organes sont importants. Aussi, il nous est arrivé plusieurs fois, quand la couronne se trouvait peu altérée, et que la personne ne pouvait la tolérer, malgré tous les remèdes employés, de casser, avec la clef de Garangeot, la partie saillante de la couronne, de manière à conserver la base de celle-ci avec les racines. Lorsque la couronne paraissait intacte, et que cependant les douleurs étaient intolérables, nous avons seulement soulevé la dent avec le davier ou la clef, déchiré ainsi le prolongement vasculo-nerveux de la pulpe, et replacé immédiatement la dent dans l'alvéole où elle a fréquemment repris ses fonctions. Chez le militaire dont nous venons de signaler l'observation, la couronne d'une incisive était saine, mais la racine altérée avait déterminé et entretenait depuis longtemps une fistule opiniâtre à tous les remèdes. Nous avons donc arraché la dent, retranché la racine altérée, replacé le restant dans son alvéole où elle a repris ses usages naturels. Ces exemples doivent prouver combien l'on peut conserver de dents, sacrifiées communément, en excisant seulement la portion lésée, ou en pratiquant son avulsion momentanée.

Revenons à d'autres applications de la méthode endorganique. Nous avons répété les expérimentations que M. Béhier a fait connaître d'après Wood, dont nous ignorions les travaux. Dans l'article très-intéressant publié récemment [1], nous n'avions pas remarqué une phrase perdue au milieu de la description minutieuse de la seringue et de la manière d'en faire usage; aussi n'avions-nous pas partagé l'opinion de MM. Mialhe, Grassi et Béhier touchant la supériorité de l'action des pas de vis sur la quantité de liquide poussé autour des nerfs douloureux, ou des jointures atteintes par le rhumatisme. La graduation à millimètres, que nous avons fait pratiquer sur le corps de pompe, nous a permis de mieux doser la médicamentation que le jeu d'une vis qui projette plus ou moins de

[1] *Bulletin de Thérapeutique*, 1859, p. 50.

gouttes de la solution employée. Nous avons combattu les névralgies traumatiques essentielles ou rhumatismales, à l'aide de la solution indiquée de sulfate d'atropine, et nous en avons retiré des avantages. Sur deux militaires, dont le membre supérieur droit se trouvait presque entièrement paralysé, par suite de la contusion du plexus brachial ou du passage d'une balle à travers ce plexus, il existait en même temps une hypéresthésie prononcée qui a cédé à l'injection de 10 à 16 gouttes de sulfate d'atropine, de laudanum, de chloroforme, etc. Huit à dix essais de ce genre ont été ici pratiqués sur le trajet des principaux nerfs. Voulant ensuite provoquer la motilité, nous avons mis en usage de la même manière la solution de sulfate de strychnine portée dans le triangle susclaviculaire entre les racines du plexus. Quelques mouvements convulsifs ont été la suite immédiate de ces essais, mais aucun avantage définitif n'en est résulté. Néanmoins, chose digne d'attention, malgré les doses considérables des solutions bien préparées, aucun de nos malades n'a éprouvé ces symptômes d'empoisonnement dont parle M. Béhier, comme fait à peu près constant.

Si la paralysie n'a point cédé à ces injections stimulantes, les spasmes et la contracture ont été parfois grandement améliorés à la faveur des chloroformes ou de l'éther, injecté à la dose de 1 gramme environ, le long de la moelle ou des principaux nerfs des membres.

*(La fin au prochain numéro.)*

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Mode de préparation du bromure de potassium.

Si ce n'était l'emploi très-fréquent du bromure de potassium par la photographie, nul doute que le procédé suivant, que vient recommander M. Buchner, n'eût pas vu le jour, car les usages de ce sel sont peu fréquents en médecine. Son emploi a été utile cependant contre certaines formes de la spermatorrhée; à ce titre seul, il mériterait d'être conservé dans la matière médicale. Comme le procédé de M. Buchner est simple et peut s'exécuter dans les plus modestes laboratoires, nous croyons devoir le reproduire.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Limaille de fer | 60 grammes. |
| | Eau distillée | 540 grammes. |

Ajoutez peu à peu :

| | |
|---|---|
| Brome | 20 grammes. |

Agitez jusqu'à ce que le liquide soit devenu vert pâle et ait perdu l'odeur du brome; filtrez et ajoutez une dissolution de 30 grammes de brome, dissous dans suffisante quantité de lessive faible de potasse. Cette dissolution, qui doit être incolore, est versée peu à peu dans le bromure de fer; puis on ajoute assez de lessive alcaline pour précipiter la plus grande partie du fer. La précipitation de ce dernier est achevée à l'aide d'une dissolution de carbonate de potasse. Après une heure de repos, filtrez, lavez, évaporez et portez au cristallisoir.

Ce procédé donne un rendement supérieur à l'ancien mode, qui consistait dans l'attaque directe de la potasse par le brome.

---

**Nouveau mélange désinfectant.**

La propriété antiputride du coaltar, ou goudron de houille, étant due à l'acide phénique, un chimiste, M. Parisel, propose, dans sa Revue pharmaceutique du Moniteur des sciences, de faire usage, de préférence, de cet acide pour la préparation des poudres destinées à hâter la cicatrisation des plaies. Une autre modification est la substitution de la farine de froment au plâtre cuit. Voici sa formule :

| | |
|---|---|
| Farine de froment...................... | 100 grammes. |
| Acide phénique........................ | 1 gramme. |
| Axonge................................ | 4 grammes. |

L'acide serait trituré avec l'axonge (nous préférerions la glycérine), et mêlé à la farine. Ce mélange aurait l'avantage de n'être pas salissant, comme l'est celui de MM. Corne et Demeaux, et conviendrait mieux selon l'auteur aux plaies vives et aux ulcères ordinaires.

---

**Sinapisme liquide à la glycérine.**

Les agents pharmaceutiques ne doivent pas être préparés seulement en vue des indications thérapeutiques qu'ils ont à remplir, il faut encore tenir compte des circonstances si diverses dans lesquelles la pratique de la médecine a à s'exercer. Pour les voyages sur mer et les expéditions lointaines sur terre, il y a un grand avantage à voir réduire toutes les préparations médicamenteuses à leur moindre volume possible.

Parmi les agents de la médication révulsive, il n'en est pas de plus usuel que le sinapisme, et son emploi exige une certaine quantité de farine de moutarde, de l'eau chaude, une compresse, etc.; de plus, que la farine soit ancienne ou avariée, voilà le médecin

désarmé. N'est-ce pas répondre d'ailleurs à un des besoins les plus pressants de notre vie moderne, que de simplifier même la confection des sinapismes?

Tous ces motifs m'engagent à signaler un mélange fort simple et peu coûteux, qui permettra désormais d'avoir toujours sous la main un sinapisme prêt à être appliqué. Il suffit de mélanger ensemble les substances suivantes :

| | |
|---|---|
| Pr. Glycérine...................... | 12 grammes. |
| Amidon........................ | 10 grammes. |
| Essence de moutarde............. | 10 gouttes. |

Une couche mince de ce mélange, étendue sur du taffetas gommé ou, à son défaut, sur une pièce de linge, ou même un morceau de papier collé, suffit pour établir promptement une révulsion aussi énergique et plus prompte que celle que procure la meilleure moutarde.

Si la glycérine est de bonne qualité, l'essence de moutarde ne peut subir d'altération. Une bonne précaution sera d'agiter le mélange avant de l'employer. GRIMAULT.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Sur les médications composées et sur une nouvelle préparation, l'huile de foie de morue iodo-ferrée.

Par M. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis plus de quinze ans, je cherche à faire prévaloir en thérapeutique cette pensée, que, dans les formes morbides constitutionnelles, c'est moins à un agent thérapeutique *isolé* qu'il faut avoir recours, qu'à plusieurs agents *réunis* du genre de ceux qui, essayés isolément, comptent à peu près un nombre égal de succès. Ainsi, pour prendre un exemple, les expérimentations de Guersant père, de Baudelocque, de Lugol, sur l'hydrochlorate de baryte, la décoction de feuilles de noyer, l'iode, et celles des médecins qui les ont suivis sur l'huile de foie de morue, le fer, ont conduit à une statistique qui compte pour chacun de ces médicaments un tiers de guérisons, un tiers d'individus soulagés, un tiers n'en ayant éprouvé aucun effet. D'où j'ai été conduit à penser que si l'on réunissait plusieurs de ces médicaments entre eux pour combattre les affections scrofuleuses, on arriverait peut-être à guérir dans un espace de temps moins long. C'est ce que l'expérience a confirmé.

Le mercure, l'iodure de potassium, l'arsenic préconisé surtout

par les médecins anglais, sont dans le même cas à l'égard de la syphilis. Seulement on a cherché à faire prévaloir cette pensée que le mercure était le remède des accidents primitifs, et que l'iodure de potassium et l'arsenic devaient être appliqués aux accidents secondaires, et surtout aux accidents tertiaires. Ce qui se réduit à dire qu'il a été impossible de remplacer le mercure, dont l'efficacité était constatée depuis des siècles, par l'iodure de potassium.

Mais le mercure est tout aussi bien un agent de guérison des accidents secondaires et des accidents tertiaires de la syphilis que l'iodure de potassium. Il guérit ces accidents lorsque l'iodure de potassium a échoué; comme aussi l'iodure de potassium guérit là où le mercure a été impuissant.

J'ai cité un fait très-probant, à cet égard, dans mon *Traité sur les maladies de la peau.* Il s'agissait d'un gendarme qui séjournait depuis cinq ans dans divers hôpitaux militaires de Paris et de la province. Il en était arrivé à avoir de nombreuses caries et nécroses des os, sans parler d'ulcérations et d'un ensemble cachectique, qui l'avait amené à ne pouvoir être transporté que sur un brancard du Val-de-Grâce, où il avait été réformé, à l'hôpital Saint-Louis dans mon service. Eh bien, cet homme avait pris tout ce que l'on peut prendre en fait d'antisyphilitique, *excepté du mercure.* L'iodure de potassium, comme la tisane de Feltz et celle de Zittmann, avaient échoué. Grâce à un traitement composé dans lequel entraient le mercure, l'iodure de potassium, le fer et l'arsenic, il est sorti après huit mois de séjour à l'hôpital, et après avoir subi des opérations importantes pour l'ablation de séquestres; il en est sorti avec un état de force et de santé qui lui a permis de remplir peu de temps après les fonctions de gardien veilleur de nuit dans le cimetière Montmartre, fonctions qu'il n'a pas quittées depuis cinq ou six ans.

Il existe donc des agents antiscrofuleux, antisyphilitiques, antidartreux, pour généraliser la pensée, dont l'efficacité est *relative,* selon le tempérament et la constitution du sujet, le degré et la forme de la maladie; mais il n'y a pas d'agent exclusif de telle période. Si l'iodure de potassium guérit de préférence les accidents secondaires et tertiaires, c'est que dans ces sortes de cas on a épuisé la puissance du mercure.

D'où la conséquence qu'il y a avantage à employer des médications composées dans les formes composées. Mais il faut les formuler de manière que chaque agent médicamenteux conserve sa puissance d'action, et non pas se servir de composés dans lesquels les éléments sont *combinés* et *neutralisés.*

C'est là, il faut le dire, l'erreur du jour. Parce qu'il entre dans le protoiodure de mercure de l'iode et du mercure, on le préférera à l'administration séparée de l'iode et du mercure, qui seraient formulés de manière qu'ils pussent agir isolément. Certes il est des combinaisons du même genre qui remplissent cependant l'indication que l'on désire, et, pour former contraste, nous dirons que l'iodure de potassium est un sel fixe, qui n'agit pas comme l'iode seul, tandis que l'iodure de fer est une combinaison très-peu stable, qui agit probablement dans l'estomac comme préparation iodée et comme préparation ferrugineuse. Ce sont de ces distinctions qu'il faudrait faire avant de préconiser l'emploi d'un composé.

Il résulte de ces préliminaires, qu'en associant plusieurs médications différant de nature entre elles, on peut être conduit à un inconvénient assez grand pour le malade, celui d'être obligé de prendre coup sur coup plusieurs substances plus ou moins désagréables.

C'est ce qui arrive à nos malades atteints de scrofules ou de formes scrofuleuses de maladies de la peau. Nous leur prescrivons à la fois et depuis longues années l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, le vin de gentiane et la tisane de noyer; c'est la thérapeutique à l'aide de laquelle nous avons compté plus de succès et des succès plus prompts.

L'association des préparations ferrugineuses dans le traitement de ces maladies compte déjà d'assez nombreux partisans à Paris. C'est parce qu'elle est entrée dans la pratique de quelques médecins de Lyon que M. Vezu, pharmacien, a cherché à associer le fer pur à l'huile de foie de morue pour en faire une huile ferrée.

Cette idée nous a conduit à la pensée d'unir l'iodure de fer à l'huile de foie de morue, et nous en avions posé la question à M. Vezu, afin de lui laisser tout le fruit de son idée.

Mais sa réponse nous ayant donné toute liberté à cet égard, nous avons adressé au directeur de l'assistance publique une formule avec prière de la soumettre à M. Regnault, pharmacien en chef des hôpitaux. Nous recevons de M. Regnault une lettre, par laquelle il nous déclare qu'ayant fait exécuter cette formule sous ses yeux, le médicament s'obtient avec une telle facilité qu'il ne trouve rien à changer dans son mode de préparation.

Il en résultera, pour les malades, l'avantage d'avoir un sirop de moins à prendre, et pour l'administration des hospices une dépense de sirop en moins.

Ce n'est pas là de l'huile *ordinaire* iodo-ferrée, ou de l'huile

iodée, ou de l'huile ferrée, c'est de l'*huile de foie de morue iodo-ferrée*, c'est-à-dire à laquelle on ajoute une prédominance d'iode et de fer, qui doivent agir chacun avec toute la puissance qui leur est propre.

Voici quels sont la formule et le mode de préparation de l'*huile iodo-ferrée.*

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Limaille de fer non oxydée............. | 0gr,40 |
| | Iode.................................. | 1 ,70 |
| | Eau................................... | Q. S. |

Combinez par trituration, dans un mortier, la limaille de fer et l'iode, en ajoutant quelques gouttes d'eau, puis incorporez peu à peu l'iodure formé avec

Huile de foie de morue brune................ 500 grammes.

Il importe peu pour la préparation que l'huile soit blanche, blonde ou brune. Cette huile variera en raison de la préférence donnée par le praticien à son espèce. Il en peut être de même de l'huile de squale succédanée de l'huile de foie de morue, dont elle possède les propriétés, tout en étant préférée pour le goût par les malades.

---

**Sur la luxation du fibro-cartilage inter-articulaire du poignet en avant de l'extrémité inférieure du cubitus, lésion très-commune chez les enfants en bas âge.**

Lettre adressée à la Société de chirurgie de Paris par le docteur G. Goyrand, d'Aix.

Monsieur le président,

J'ai publié dernièrement, dans la Gazette médicale [1], un mémoire sur une luxation que je crois avoir découverte. Comme je ne puis trouver de jury plus compétent que la Société de chirurgie, pour juger mes idées sur ce point, permettez que je vous donne des explications sur cette lésion nouvelle. Les occasions de l'observer se présentent si fréquemment, que je ne doute pas que les praticiens éclairés qui composent la Société ne soient bientôt en mesure de se faire une opinion sur ce point. Si j'ai vu juste, je serai heureux de voir mon jugement confirmé par l'élite de mes confrères de Paris; si je m'étais trompé relativement à l'espèce de déplacement qui

---

[1] Voir les numéros des 15, 22, 29 octobre, 26 novembre et 5 décembre 1859. Dans ce travail, j'ai nommé le déplacement *luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le bord postérieur du fibro-cartilage inter-articulaire*; je le nomme, aujourd'hui, *luxation du fibro-cartilage en avant de la tête du cubitus*. J'exposerai plus bas les raisons qui m'ont fait adopter ce dernier titre.

a lieu dans ce cas, je serais heureux, encore, d'être éclairé par la Société, et je renoncerais sans hésitation à ma théorie, dès qu'il me serait démontré qu'elle est erronée.

Commençons par la description symptomatologique de l'accident ; nous passerons ensuite en revue les diverses théories qui ont été émises sur cette lésion, et je terminerai par l'exposition de ma théorie nouvelle, d'où je déduirai les conséquences relatives à l'étiologie, aux différents symptômes, au pronostic, et, enfin, au traitement.

§ I. *Description symptomatologique.* — On conduit presque toujours par la main les enfants qui commencent à marcher, et la main de l'enfant, dans ce cas, est toujours placée en pronation. Si l'enfant fait une chute ou un faux pas, la personne qui le conduit serre plus fort sa main, et le retient en l'attirant à elle par un mouvement brusque non réfléchi ; souvent, encore, on soulève le petit enfant par la main pour lui faire franchir un ruisseau, pour l'aider à monter un escalier. Le déplacement dont je m'occupe résulte presque toujours de cette action sur la main, action violente, qui consiste en une traction combinée avec une force de pronation.

Au moment où l'accident se produit, la personne qui tient la main perçoit un claquement; aussitôt, l'enfant pousse des cris et cesse de mouvoir son membre.

Si l'enfant est alors amené chez le chirurgien, celui-ci trouve le petit membre pendant sur le côté, un peu porté en avant, les articulations légèrement fléchies, dans l'attitude du repos.

La main est dans une pronation plus ou moins prononcée, elle est fixe dans cette position. Si on essaye de la ramener vers la supination, les cris redoublent, et on rencontre une résistance osseuse, et, dès qu'on la laisse aller, elle retombe en pronation (signe pathognomonique).

Les articulations du coude et du poignet ne présentent aucune déformation osseuse.

Si l'on présente à l'enfant un objet qu'il saisissait, d'ordinaire, avec empressement, il refuse d'y porter la main qui a subi la violence.

Si un ou deux jours, ou même quelques heures, se sont écoulés depuis l'accident, on rencontre souvent un symptôme qui n'existait pas d'abord, c'est une tuméfaction tenant de l'œdème, à la face dorsale du poignet.

Il est deux autres symptômes que je n'ai également observés que dans les cas où l'accident s'était produit depuis plusieurs heures ; ces symptômes sont : une inclinaison de la main dans le sens

de l'adduction, et un bruit de craquement très-sensible dans les mouvements légers de pronation et de supination imprimés à la main.

Le dernier de ces symptômes n'a pas été signalé par tous les chirurgiens qui se sont occupés du déplacement en question ; mais il avait frappé Monteggia, qui le prit, d'abord, pour une crépitation de fracture ; il a été également noté par M. le professeur Malgaigne, qui, deux fois aussi, a cru à la crépitation.

Du reste, ces deux habiles chirurgiens ont été bientôt tirés de leur erreur par le rétablissement immédiat de tous les mouvements du membre, et la cessation de la douleur, tout de suite après la réduction.

L'existence simultanée de ces deux derniers symptômes n'a été par moi notée que deux fois ; mais je crois qu'elle doit être constante, que les deux symptômes doivent être inséparables l'un de l'autre.

Quel est, dans cette lésion, le siége de la douleur ?

Les petits enfants qui sont atteints de cet accident ne rendent pas compte de leurs impressions, et poussent des cris dès qu'on les touche ; aussi a-t-on été longtemps sans reconnaître le siége précis de la douleur, d'où on aurait, cependant, tiré des inductions de la plus grande utilité. Depuis que j'ai des vues nouvelles sur cette lésion, j'ai cherché à reconnaître quelle était la jointure douloureuse, et j'ai réussi. Si quelqu'un distrait l'enfant pendant que le chirurgien l'examine, celui-ci peut presser sur tous les points de l'articulation du coude, sans que l'enfant se plaigne ; mais si, laissant le coude, on porte les doigts sur la face dorsale du poignet, les cris recommencent.

J'ai parlé de la résistance mécanique qu'on rencontre quand on veut ramener la main vers la supination; si on force cette résistance, une petite secousse, accompagnée ou non d'un claquement appréciable, se produit, et dès cet instant tous les mouvements sont rétablis, toute douleur cesse, et l'enfant se remet à se servir sans gêne du membre lésé.

Ainsi, au moment de l'application de la violence, un claquement se fait entendre, et, dès cet instant, douleur, immobilité du membre, pronation fixe ; un mouvement de supination complète est imprimé à la main, et au moment où la résistance mécanique à la supination est surmontée, nouveau claquement ; dès lors, la douleur cesse, tous les mouvements et les usages du membre sont rétablis.

Ceci ne peut s'expliquer que par un déplacement osseux, par une luxation.

Mais quelle est l'articulation qui est le siége du déplacement ?

§ II. *Examen critique des diverses théories qui ont été émises sur cette lésion.* — Duverney ([1]), le premier qui ait décrit le groupe de symptômes que j'ai retracé ci-dessus, le rapporta à la luxation de l'extrémité supérieure du radius, et crut que ce déplacement se faisait directement en bas, par élongation ; il nota bien le signe pathognomonique de cette lésion, la pronation fixe ; mais il exagéra l'importance de ce signe, sur la foi duquel il diagnostiqua la luxation dans des cas où elle n'existait pas (voir les trois faits de luxation du radius chez l'adulte rapportés par l'auteur). Il constata la fréquence de cette lésion chez les enfants, mais crut qu'elle pouvait exister aussi chez les adultes, et indiqua un mécanisme différent pour sa production à ces deux époques de la vie. Suivant lui, dans le premier âge, elle résultait d'une traction sur le poignet, tandis que, chez l'adulte, elle était plus souvent l'effet d'une chute sur le membre ; enfin, Duverney conseilla un procédé de réduction, dans lequel entrait la supination complète, et qui réussit toujours dans les cas où l'on a vraiment affaire à la lésion que j'étudie.

Trente-six ans plus tard (1787), ce fut Boulay, chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui, sous la présidence de Bottentuit-Langlois, soutint, devant les Écoles de chirurgie de Paris, une thèse intitulée : *De radii extremitatis superioris luxatione in infantibus frequentiori* ; thèse très-courte, mais dans laquelle on trouve une description de la lésion que j'étudie aujourd'hui, aussi remarquable par sa concision que par son exactitude.

Boulay voyait encore, dans ce déplacement, une luxation de l'extrémité supérieure du radius ; mais, d'après lui, la luxation avait lieu en avant ou en dehors, suivant la direction de l'impulsion dans un sens ou dans l'autre, suivant la force de résistance des différents ligaments, suivant, enfin, que certains muscles se contractaient plus ou moins au moment de l'accidenf.

Le procédé de réduction de Boulay différait à peine de celui de Duverney.

Plus tard sont venus Monteggia, Martin (de Lyon), Boyer.

Le premier avait bien observé la lésion, en décrivit bien les symptômes, et crut que c'était une luxation de la tête du radius en avant ; cette théorie lui fit voir une saillie de l'extrémité supérieure du radius en avant ; mais il insista peu sur ce dernier symptôme.

Martin (de Lyon) vit là une luxation de l'extrémité supérieure du

---

([1]) *Traité des maladies des os*, 1751, t. II, p. 175 et suiv.

radius en arrière, et plaça la saillie de cette tête osseuse au côté externe de l'olécrane.

Avec des théories si différentes, les procédés de réduction durent différer aussi ; l'un repoussa la tête du radius en arrière, l'autre en avant ; mais tous les deux réussirent également, parce que la supination complète entrait dans leurs procédés.

Enfin, Boyer, qui donnait un résumé complet de la science, décrivit la luxation de l'extrémité supérieure du radius, non d'après ses propres observations, mais bien d'après les auteurs qui l'avaient précédé. La description du chirurgien de la Charité était calquée sur celle de Duverney. Quant à la théorie de Boyer, elle est la même que celle de Martin, qui avait bien pu s'inspirer un peu des idées du grand maître de l'époque, publiées par Richerand [1], quelques années avant que le chirurgien lyonnais écrivît son mémoire.

On en était là, en France, quand MM. Chassaignac et Richelot y propagèrent, par la traduction des œuvres d'A. Cooper (1835), les doctrines du célèbre chirurgien anglais. Nous trouvâmes dans ce livre une description des luxations de l'extrémité supérieure du radius établie sur des faits bien observés, description d'une exactitude évidente, et qui ne ressemblait nullement à celles des auteurs les plus accrédités jusqu'alors, qui, toutes, dérivaient manifestement de celle que Duverney avait donnée d'après des faits de l'espèce de ceux que nous étudions aujourd'hui. Pour qui avait lu avec attention le livre du chirurgien anglais, plus de doute possible, la lésion que nous observions si souvent ne ressemblait en rien à la luxation de l'extrémité supérieure du radius décrite par A. Cooper.

Des chirurgiens qui m'avaient devancé à Aix dans la pratique (MM. Arnaud et Guiran) connaissaient le déplacement dont je m'occupe; ils avaient lu le mémoire de Martin, et, avec ce dernier, voyaient là une luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius ; mais il résultait des observations d'A. Cooper que la tête du radius se luxe bien plus souvent en avant qu'en arrière, et, comme cette tête osseuse ne faisait pas plus de saillie en arrière qu'en avant, je crus que c'était dans ce dernier sens que se faisait la luxation ; mais je pensai que ce déplacement était très-léger, qu'il n'y avait là qu'une subluxation. Je modifiai, d'après ces vues, le procédé de réduction, et je réussis toujours, comme mes devanciers, parce que la supination entrait dans mon procédé. Convaincu par mes

---

[1] *Leçons du citoyen Boyer sur les maladies des os, rédigées en un traité complet de ces maladies*, 1803.

succès constants, je ne doutai plus de la justesse de ma théorie, et je publiai, dans la Gazette médicale de Paris (février 1837), un premier travail intitulé : *Note sur une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius en avant, qui a lieu chez les enfants en bas âge*. Ce travail, dans lequel se trouvait décrite, apparemment avec assez d'exactitude, la lésion que nous étudions aujourd'hui, attira sur cette question l'attention de quelques chirurgiens, et, bientôt, des observations analogues aux miennes furent publiées avec des théories différentes.

Ce fut d'abord Gardner (*The London medical Gazette*, septembre 1837), qui vit dans cette lésion la tubérosité bicipitale du radius portée par une pronation excessive derrière le bord externe du cubitus, qui la retenait et l'empêchait de se reporter en avant. Cette théorie fut, quelques années plus tard (1841), reproduite en France par un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Rendu, qui, à ce qu'il paraît, n'avait pas connu le travail du chirurgien anglais ; enfin, elle a été remise au jour, quinze ans plus tard, par un de mes collègues à l'hôpital d'Aix, M. Bourguet, qui a cru que cet enroulement était maintenu par l'interposition de quelques faisceaux musculaires entre la tubérosité bicipitale et le cubitus.

En 1849, M. le docteur Perrin (de la Sarthe) reproduisit, avec quelques modifications, la théorie de Duverney (Revue médico-chirurgicale, 1849, t. V, p. 145) ; ce chirurgien crut aussi au déplacement en bas, mais il pensa que la tête osseuse luxée dans ce sens restait accrochée au-dessous de la saillie que fait en bas le bord de la petite cavité sigmoïde du cubitus, et nomma ce déplacement *luxation sous-sigmoïdienne intra-capsulaire*.

La tuméfaction que présente, quelquefois, dans ce cas, la face dorsale du poignet, notée par plusieurs des chirurgiens que je viens de nommer, était considérée par eux comme résultant d'une entorse du poignet ou de l'articulation radio-cubitale inférieure, qui compliquait la lésion principale.

Aucune des théories ci-dessus indiquées n'était vraie ; cette divergence entre les auteurs qui s'occupaient de la lésion pouvait le faire présumer ; le raisonnement le prouve : comment admettre, en effet, une luxation de l'articulation huméro-cubito-radiale, si peu étendue qu'on la suppose, sans une saillie de la tête du radius dans le sens où elle se déplace ? Comment, dans le cas de l'élongation, la tête du radius aurait-elle pu être éloignée de la petite tête du cubitus de trois lignes (Duverney), de la hauteur de la petite cavité sigmoïde du cubitus (Perrin), sans qu'il en résultât une déformation appré-

ciable du squelette du coude ? Aussi, la plupart des auteurs de ces théories croyaient-ils voir une saillie de la tête du radius en avant (Monteggia) ou en arrière (Martin, Boyer), suivant qu'ils croyaient que la luxation se faisait dans un sens ou dans l'autre; M. Perrin a cru sentir au-dessous du condyle huméral la tête du radius fixe, immobile, comme enfoncée dans l'épaisseur des parties molles; mais c'étaient là autant d'illusions.

Une luxation ayant ce siége aurait forcément donné lieu à une tuméfaction de l'articulation lésée; or, je puis affirmer que jamais, dans cette lésion, il n'existe de gonflement au coude.

J'en dirai autant de la douleur; les petits enfants chez lesquels se produit ce déplacement n'éclairent pas le médecin sur le siége de leurs souffrances; ils poussent des cris, quelle que soit la partie du membre que l'on touche; mais, depuis que j'ai cherché à m'assurer du siége de la douleur, j'ai pu me convaincre qu'elle se fait sentir à la face dorsale du poignet, et nullement au coude ou dans le quart supérieur de l'avant-bras; or, on ne peut admettre une luxation de la tête du radius, soit en arrière, soit en avant, soit directement en bas, sans douleur dans l'articulation lésée.

La théorie de l'enroulement que porterait la tubérosité bicipitale du radius derrière le bord externe du cubitus, où elle serait retenue par ce bord, est-elle mieux fondée ? Nullement. Le côté externe du cubitus présente à la hauteur de la tubérosité bicipitale, non point un bord saillant, mais une surface triangulaire à base supérieure, où l'apophyse du radius ne saurait s'accrocher; et d'ailleurs, il résulte d'études anatomiques que j'ai faites sur les enfants, qu'à cet âge l'espace interosseux est relativement bien plus large que chez l'adulte, et que jamais il ne pourrait exister de contact entre la tubérosité et le point correspondant du cubitus.

Tant d'opinions diverses sur l'espèce de déplacement qui a lieu dans ce cas, des descriptions ainsi modifiées suivant les théories des auteurs, rendaient bien difficile la tâche des chirurgiens qui avaient à écrire sur cette lésion, et qui ne l'avaient pas observée par eux-mêmes; aussi, voyez comment s'en est tiré M. Nélaton. Après avoir analysé en peu de mots mon mémoire de 1837, il déclare qu'il partage les doutes exprimés par M. Malgaigne sur la réalité de ce déplacement incomplet en avant (t. II, p. 401), et, un peu plus bas, parlant de deux faits observés par M. Rendu, et qui sont certainement identiques à ceux qui font le sujet de mon mémoire, il y voit des luxations de l'extrémité inférieure du cubitus.

M. Malgaigne, qui doutait d'abord de l'existence de la luxation

incomplète que j'avais décrite, eut occasion, plus tard, d'observer la lésion à laquelle se rapportait ma description. Plusieurs travaux relatifs à cette lésion lui furent adressés pour la Revue médico-chirurgicale, qu'il rédigeait alors; lui-même rencontra quatre fois ce déplacement chez de très-jeunes enfants. Il crut alors à la luxation incomplète en avant, et, prenant pour types de sa description, non-seulement les faits qui lui avaient été communiqués, et ceux qu'il avait lui-même observés chez les enfants, mais encore, et plus spécialement, un cas de luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant qu'il avait rencontré chez un vieillard, et dans lequel son diagnostic avait été confirmé par l'autopsie, il donna une description de la lésion, qui, il faut le dire, ne se rapportait ni à la vraie luxation du radius, ni au déplacement dont je m'occupe aujourd'hui, mais ressemblait cependant plutôt à la première.

Vidal (de Cassis) est le seul, parmi les auteurs contemporains de traités généraux, qui ait décrit exactement la lésion que nous étudions; mais Vidal pratiquait peu la chirurgie; il avait donné sa description d'après les travaux et les observations qui ont été publiés de nos jours, et avait cru, comme moi, à la luxation très-complète de l'extrémité supérieure du radius en avant.

La science en était là, et je m'en tenais à cette dernière théorie, dont j'étais l'auteur, et qui ne me satisfaisait que médiocrement, quand un fait vint me tirer de mon erreur.

§ III. *Comment le siége du déplacement a enfin été découvert. — Nouvelle théorie de la lésion. — Conséquences de cette théorie.* — Le 6 septembre 1858, une jeune dame amena chez moi son enfant, petite fille de quatorze mois, chez qui venait de se produire le déplacement. Celui-ci était parfaitement caractérisé; je me mis en devoir de le réduire par le procédé dont j'avais l'habitude. Dans la manœuvre, ma main droite, qui tenait celle de l'enfant pour opérer l'extension du membre, sa rotation dehors, et, enfin, la flexion du coude, embrassait aussi le poignet, et, au moment où j'imprimai à la main le mouvement de supination, je perçus très-nettement sous mes doigts, c'est-à-dire dans le poignet, la secousse caractéristique de la réduction.

La sensation avait été si nette qu'elle ne me laissa pas le moindre doute, et la lésion était si bien caractérisée, dans ce cas, que je demeurai convaincu que le déplacement que, jusqu'alors, j'avais cru avoir son siége dans le coude, n'affectait point cette articulation, mais bien le poignet.

Mais quel était le déplacement qui se produisait dans ce cas?

La conservation parfaite des contours normaux du squelette du poignet excluait l'idée d'une luxation des os de l'avant-bras l'un sur l'autre ; je pensai, tout de suite, à une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le bord postérieur du fibro-cartilage inter-articulaire du poignet, ou mieux, à une luxation du fibro-cartilage en avant du cubitus ; car le cubitus est ici le point fixe, et c'est le fibro-cartilage qui se déplace par rapport à cet os, et non l'os par rapport au fibro-cartilage. Je communiquai cette idée à M. le docteur Silbert, qui ne pouvait y croire ; cependant, nous convînmes ensemble d'observer avec attention les faits nouveaux qui se présenteraient à nous, afin de reconnaître bien positivement quelle était l'articulation dans laquelle se faisait sentir la secousse de la réduction.

Depuis cette époque, dix cas se sont présentés, soit à M. Silbert, soit à moi, et, dans tous, nous avons perçu le claquement dans le poignet ; M. le docteur Savournin, mon ami, à qui j'avais communiqué mes vues sur ce point, a fait la même observation dans deux cas qu'il a rencontrés tout récemment ; et nous voilà, maintenant, bien convaincus tous les trois que le déplacement existe dans ce cas, non dans le coude, mais bien dans le poignet ; et sous le nom de *poignet*, je comprends les deux articulations radio-carpienne et cubito-radiale inférieure.

Les études anatomiques auxquelles je me suis livré, pour me rendre compte de l'espèce de déplacement qui a lieu dans ce cas, et du mécanisme de ce déplacement, m'ont fait voir sur la face inférieure de la tête du cubitus une coupe oblique de haut en bas, et de la base de l'apophyse styloïde au point diamétralement opposé de la circonférence de cette surface, coupe dont l'inclinaison, évidente dans tous les cas, varie, cependant, quant au degré. J'ai constaté encore que, dans les mouvements de pronation et de supination, cette surface articulaire à coupe oblique dépasse, dans le premier, le bord dorsal, dans le second, le bord palmaire du fibro-cartilage ; et que si ces mouvements de rotation sont portés jusqu'à la pronation ou à la supination complète, la face inférieure de la tête du cubitus dépasse le bord du ligament inter-articulaire des trois quarts de l'épaisseur de l'extrémité de l'os dans la pronation, et des deux tiers de cette épaisseur dans la supination. J'ai, de plus, reconnu que quand le fibro-cartilage est porté en avant de la surface articulaire du cubitus par la pronation, ce ligament, qui n'est plus soutenu en haut par la tête osseuse, cède à la pression de bas en haut que le carpe exerce sur lui, quand la main est inclinée dans le sens de l'ad-

duction et repoussée en haut ; et que le ligament ainsi refoulé glisse difficilement sous l'extrémité carpienne du cubitus pour reprendre sa place. Ce que ma main faisait sur le cadavre, l'action des muscles qui vont de l'avant-bras à la main doit le faire sur le vivant, car la douleur que le moindre mouvement éveille dans le poignet, quand ce déplacement existe, détermine dans tous ces muscles une contraction spasmodique incessante.

Enfin, j'ai noté que l'inclinaison de la main dans le sens de l'adduction rapproche la face interne de l'os pyramidal de l'apophyse malléolaire du cubitus jusqu'à les mettre en contact.

Les études dont je viens d'exposer le résultat ont été faites, pour la plupart, sur des sujets adultes, parce que j'ai rarement à ma disposition des cadavres de jeunes enfants ; cependant, depuis que je m'occupe de ce déplacement, j'ai pu disséquer aussi quelques sujets en bas âge, et j'ai constaté que, chez ces derniers, le renflement de l'extrémité inférieure du cubitus est peu prononcé, et, partant, la surface articulaire de la tête de cet os peu étendue, ce qui fait que le ligament triangulaire se déplace plus facilement en avant de la tête osseuse.

Avec ma théorie nouvelle et les données anatomiques qui précèdent, toutes les particularités qui se présentent dans la lésion que j'étudie trouvent une explication facile ; ainsi, c'est une pronation exagérée, combinée ou non avec une traction sur la main, qui détermine le déplacement ; comme cause prédisposante, nous avons l'âge où les enfants, faibles encore, sont habituellement conduits par la main (d'un an à trois ou quatre ans). Remarquez que, quand on tient ainsi un enfant par la main, celle-ci est en pronation, et que l'effort par lequel on retient l'enfant qui fait un faux pas tend à augmenter encore la rotation dans ce sens ; notez encore qu'à cet âge les muscles qui pourraient réagir contre l'effort qui exagère la pronation sont très-faibles.

Les symptômes ne s'expliquent pas moins facilement que le mode d'action des causes :

Le claquement qui se produit au moment de l'accident, et au moment de la réduction, s'explique très-bien par le passage brusque du bord dorsal du fibro-cartilage en avant de la surface articulaire de la tête du cubitus, et le retour de ce même ligament à sa place.

La fixité de la main dans la pronation, la résistance mécanique qu'on rencontre si on veut ramener le membre à la supination (signe pathognomonique), s'expliquent par la résistance du bord du

fibro-cartilage, qui forme une bride épaisse et solide au devant de la tête du cubitus.

Le bruit analogue à la crépitation qui se fait sentir dans certains cas, et dont j'ai noté la coïncidence avec une adduction marquée de la main, résulte d'un frottement entre l'apophyse malléolaire du cubitus et la face interne du pyramidal du carpe, qui sont rapprochées jusqu'au contact par l'inclinaison de la main sur son bord cubital.

La douleur ayant son siége à la face dorsale du poignet, le gonflement qu'on voit survenir sur ce point, quand le déplacement existe depuis quelques heures, trouve une explication des plus naturelles dans la distension que les ligaments postérieurs de l'articulation radio-cubitale et la synoviale subissent, dans ce cas, de la part de la tête du cubitus.

Enfin, toute espèce de déplacement ayant son siége dans une articulation du membre supérieur produirait l'immobilité du membre, son relâchement dans l'attitude du repos.

Le déplacement se produit sans déchirure, sans grande distension d'aucun ligament; on conçoit, dès lors, la bénignité de la lésion, le rétablissement des mouvements et des fonctions du membre immédiatement après la réduction, l'inutilité de tout traitement consécutif.

J'ai expliqué comment le carpe, attiré en haut par l'action musculaire, refoule le fibro-cartilage au devant de la tête du cubitus, et oppose ainsi un obstacle au rétablissement des rapports normaux des parties. Le sommeil fait cesser l'action des muscles; on conçoit dès lors la réduction spontanée, et on comprend comment une petite malade de M. Perrin, qui s'était couchée avec cette luxation, a pu se trouver guérie à son réveil, sans que l'art s'en soit mêlé (1).

Enfin, le procédé de réduction se déduira encore parfaitement des notions d'anatomie et de physiologie pathologiques exposées plus haut; ainsi, je fais cesser le refoulement en haut du fibro-cartilage, en inclinant un peu la main dans le sens de l'abduction; c'est ce que faisait l'extension dans les anciens procédés; puis, je ramène le membre vers la supination, et, avant que le mouvement soit complet, j'ai perçu le claquement qui indique que la réduction est opérée. Quand on connaît le mécanisme de la lésion, on comprend sans peine que la main ne puisse pas arriver à une supination complète, sans que la réduction ait lieu.

(1) Revue médico-chirurgicale, t. V, p. 146, année 1849.

Je me résume en deux propositions :

1° La lésion décrite par Duverney et ses successeurs comme une luxation de l'extrémité supérieure du radius, et dont la description ne se trouvait plus guère dans les auteurs modernes, qui avaient connu la vraie luxation de la tête du radius, n'est autre chose qu'une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le bord dorsal du fibro-cartilage inter-articulaire du poignet, ou mieux, de celui-ci en avant de la tête du cubitus.

2° Cette lésion, jusqu'ici méconnue, et qui ne se rencontre que chez les enfants en bas âge, est plus commune qu'aucune autre espèce de luxation. G. Goyrand.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Cautérisation du canal de l'urètre** *d'après une nouvelle méthode.* Porter sur le point du canal où siége le mal, et sur ce point exclusivement, une dissolution de nitrate d'argent dont la concentration soit réglée suivant l'indication, en variant à volonté l'intensité du caustique et en limitant son action, tel est le but que M. Wilmart, professeur de chirurgie à l'université de Liége, s'est proposé d'atteindre. Il croit l'avoir atteint à l'aide d'un procédé nouveau dont quelques essais lui ont paru avoir donné des résultats encourageants et propres à confirmer ses espérances. M. Wilmart est parti de cette idée qu'il existait, dans les divers procédés de cautérisation en vigueur, une lacune regrettable entre le maximum des solutions aqueuses de nitrate d'argent, et le caustique solide porté dans le canal, et qu'il était utile de combler cette lacune par des doses et des actions graduées, en raison des variétés infinies de siége et d'étendue de l'urétrite, et surtout des innombrables degrés de chronicité ou de subacuité qu'elle peut revêtir. Voici quel est le moyen qui lui a paru le mieux approprié à ce but :

La bougie flexible à boule, dont les avantages ne sont plus contestés par personne pour le diagnostic des rétrécissements de l'urètre, lui avait, dit-il, maintefois fait constater, au lieu d'une véritable coarctation, une sensibilité et une résistance dans l'écartement des parois du canal, indiquant d'une manière évidente le siége de la blennorrhée. Dès lors il s'est demandé si, en perforant l'extrémité de la bougie à boule d'une large ouverture qui livrerait passage, au gré de l'opérateur, à une petite éponge logée dans le renflement, et portée par un mandrin flexible qui traverserait la tige de l'instrument, il ne remplirait pas la principale indication. Après maints essais tentés dans cette voie, M. Wilmart est parvenu à faire confectionner des instruments appropriés en gutta-percha, consistant en un mandrin muni d'une éponge, jouant dans l'intérieur d'une bougie. La préparation de l'instrument consiste uniquement à mouiller et à bien presser l'éponge, puis à l'imprégner de la solution caustique que l'on veut mettre en usage, et à la rentrer dans sa canule protectrice. Le patient étant disposé selon l'ordinaire, on manœuvre comme dans l'introduction de la bougie à boule exploratrice. On choisit de préférence le moment où le malade vient d'uriner. La bougie, chargée comme il vient d'être dit, est conduite lentement jusqu'au point où la sensibilité et la résistance dénoncent la présence du mal ; les doigts de la main gauche la fixent légèrement en ce point, tandis que, de la main droite, l'opérateur fait avancer rapidement le mandrin et démasque ainsi l'éponge. Le topique abreuve la partie malade dont, par une ou plusieurs explorations préalables, on a eu soin de préciser l'étendue ainsi que le siége. C'est ici le cas de faire observer que le renflement olivaire des bougies de M. Wilmart est assez allongé pour qu'il y ait, entre la terminaison de

l'instrument et l'éponge qui y est abritée, une distance de 7 à 8 millimètres, ce qui met sûrement à l'abri du médicament les parties que l'on doit traverser pour arriver jusqu'au mal. L'éponge, lestement démasquée, est retirée de même dans la canule, que l'on extrait incontinent. L'opération est ainsi terminée.

Pratiquée ainsi, la cautérisation peut être rendue à volonté antérograde, latérale, rétrograde, et toujours conduite avec la même facilité. (*Presse méd. belge*, février 1860.)

---

**Entorse** *traitée par le laudanum à haute dose.* Calmer la douleur, dans un grand nombre de circonstances, ce n'est pas guérir, mais c'est détruire un élément de la maladie toujours sérieux, et simplifier par là considérablement les indications qu'il reste à remplir. C'est ce qui explique très-bien les avantages que quelques praticiens ont reconnus au laudanum employé à haute dose dans le traitement de l'entorse. M. le docteur Lebert, de Nogent-le-Rotrou, entre autres, assure s'être très-bien trouvé, dans un grand nombre de cas d'entorse, de l'emploi de cette seule médication. Voici un dernier fait qu'il a rapporté récemment à l'appui d'un travail dans lequel il préconise cette méthode.

Un jeune homme ayant l'articulation métatarso-phalangienne du pouce très-saillante, surtout à sa partie inférieure ou plantaire, pose le pied dans la bifurcation d'une branche d'arbre et est obligé de faire un assez grand effort pour s'en dégager. C'était au milieu d'une partie de chasse, et ce petit incident ne l'a pas empêché de marcher toute la soirée. Mais le lendemain matin, lorsqu'il voulut mettre le pied par terre, il en fut empêché par une vive douleur, se faisant sentir principalement au niveau des articulations antérieure et postérieure du premier métatarsien, qui étaient en même temps un peu rouges et tuméfiées. Après huit jours de tentatives infructueuses à l'aide du repos, des sangsues et des cataplasmes calmants, M. Lebert conseilla de faire sur la partie malade des frictions avec le laudanum, toutes les deux heures au plus tard, et de façon à employer 30 grammes de cette substance dans l'espace de vingt-quatre heures. Le lendemain, l'amélioration était très-sensible, à tel point que la douleur et le gonflement avaient tout à fait disparu au bout de trois jours sous l'influence de la dose énorme de 90 grammes de laudanum. Le malade pouvait alors marcher sans souffrir. (*Abeille médic.*, février 1860.)

---

**Épanchement pleurétique** *remarquable par sa rapide guérison.* Lorsqu'il s'agit d'apprécier l'effet d'une médication quelconque, on oublie trop en général un principe de logique essentiel, c'est de tenir compte de la curabilité naturelle de la maladie et du laps de temps dans lequel la guérison spontanée peut s'effectuer. Faute de faire cette part à l'œuvre de la nature, on rapporte trop souvent à la médication un résultat auquel elle a pu souvent être étrangère. Témoin le fait suivant, communiqué par M. le docteur Pautrier à ses collègues de la Société médicale de Saint-Étienne.

Ce médecin a eu l'occasion d'observer un cas d'épanchement pleurétique considérable qui remplissait entièrement tout un côté de la poitrine. Vingt-quatre heures après qu'il eut constaté l'existence de cet énorme épanchement, il avait complétement disparu. Il y avait eu dans l'intervalle un abondant écoulement d'urine. M. Pautrier avait prescrit divers remèdes, mais on les avait laissés de côté pour leur substituer le remède populaire du pigeon en cataplasme, auquel, comme bien on pense, il n'a pas cru devoir faire honneur de cette rapide guérison. (*Ann. de la Société de méd. de Saint-Étienne*, 1859.)

---

**Fistule stomacale** *guérie par une opération plastique.* Le fait suivant, récemment publié par M. le professeur Middeldorpf, est, si nous ne nous trompons, le premier exemple authentique d'opération autoplastique pratiquée avec succès pour remédier à une fistule stomacale. Il méritait à ce titre d'être signalé à l'attention de nos lecteurs.

Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, dont la maladie, datant de sa jeunesse, reconnaissait pour cause première une contusion de l'hypocondre gauche; des douleurs très-vives se montrèrent dans cette région depuis la vingtième jusqu'à la trente-deuxième année; une nouvelle contusion fit apparaître alors, au niveau des cartilages costaux, une tumeur qui, petite au début, grossit pendant huit ans et se termina par un abcès. Celui-ci s'ouvrit vingt ans après le début des douleurs; une fistule stomacale s'ensuivit. On fit d'abord le traitement palliatif avec des bandages, puis

enfin, en 1857, on tenta une opération plastique pour obtenir la cure radicale. Au bout de treize jours, rien ne sortait plus par la plaie, qui resta fermée depuis le vingt-cinquième jour après l'opération jusqu'au soixante-neuvième. A cette époque, les douleurs reparurent, et un pertuis très-ténu se montra au point où existait auparavant la fistule. On en obtint l'occlusion avec la pierre infernale. A la fin du traitement, il restait une ouverture très-étroite, qu'on bouchait très-aisément avec un petit emplâtre. Les douleurs cessèrent et l'état général de la malade s'améliora. (*Gaz. hebdom.*, février 1860.)

---

**Hernie** (*Ponction de l'intestin dans les opérations de la*) *d'un volume anormal*. Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur une pratique qui a rendu des services, bien que son utilité ait été vivement discutée, et qu'elle ne soit pas en réalité complètement exempte de dangers, nous voulons parler de la ponction des intestins dans les cas de tympanite excessive. Il est une autre circonstance plus grave encore dans laquelle cette ponction pourrait aussi trouver et a trouvé quelquefois son indication, c'est lorsque pendant l'opération de la hernie étranglée, après avoir mis l'intestin hernié à nu, on reconnaît qu'il est distendu par une grande quantité de matières qui peuvent devenir, après la réduction, une cause d'accidents redoutables. Voici deux faits qui tendent à justifier cette indication.

*Obs. I.* Un homme âgé de soixante-cinq ans portait depuis longtemps une hernie inguinale qu'il négligeait de contenir. Un jour la tumeur prit un développement considérable; des symptômes d'étranglement se manifestèrent, et le malade fut transporté à l'hôpital de Saint-Etienne, dans le service de M. Vial. Au moment de la visite, la hernie offrait le volume d'une tête d'enfant. Assez douloureuse au toucher, elle résista à toutes les tentatives de réduction. A cet état local venaient se joindre tous les symptômes généraux de l'étranglement. Vu l'imminence du danger, M. Vial, secondé par un de ses confrères, se détermina à opérer. Tous les temps de l'opération, y compris le débridement de l'anneau, s'exécutèrent heureusement. La tumeur herniaire, d'un volume énorme, était formée par des anses intestinales d'une longueur de 40 à 50 centimètres, et dont la couleur violacée et l'excessive distension présageaient un revers presque inévitable. Malgré tous les ménagements apportés aux tentatives de réduction, on ne tarda pas à s'apercevoir que l'intestin était perforé. Cette perforation donna issue à une quantité prodigieuse de matières. Cette évacuation fut suivie d'une détente rapide des longues anses intestinales herniées, dont la réduction devint alors des plus faciles. L'opérateur eut soin toutefois de retenir derrière l'anneau l'intestin compromis. L'écoulement des matières par la plaie, d'abord assez abondant, tarit de jour en jour; leur cours naturel se rétablit graduellement, et, deux mois après l'opération, une cicatrisation complète était obtenue avec le seul secours d'une compression méthodique et soutenue sur l'anneau.

Le fait suivant, qui est en quelque sorte la contre-partie de celui-ci, s'est présenté quelque temps après dans le même service.

*Obs. II.* Un homme de cinquante-neuf ans se présente à l'hôpital avec une hernie très-volumineuse et étranglée depuis deux jours. Des évacuations sanguines, les frictions mercurielles et belladonées, la glace, les grands bains et les lavements laxatifs étant restés sans effet, il fallut recourir à l'opération. L'intestin très-rouge, très-distendu, s'échappait dans une étendue de 40 à 45 centimètres. Sa réduction, néanmoins assez facile, fut exacte et complète; mais sa rentrée parut avoir doublé les dimensions de la cavité abdominale. Evacuations sanguines, onctions mercurielles, fomentations émollientes et lavements laxatifs furent de nouveau mis en œuvre activement, mais en vain. L'opéré succomba le quatrième jour à une violente entéro-péritonite.

De ces deux faits, l'un dans lequel une ouverture accidentelle de l'organe hernié et le libre écoulement des matières à travers l'ouverture ont été suivis de la cessation immédiate de la distension du canal digestif, de la diminution rapide des phénomènes morbides, et finalement de la guérison; l'autre, dans lequel la rentrée facile de l'intestin intact dans le ventre, mais d'un intestin enflammé et distendu par une énorme quantité de matières, a été bientôt suivi d'accidents formidables et de la mort; de ces deux faits, disons-nous, si l'on rapproche le souvenir d'une opération

de hernie dans laquelle le chirurgien d'un grand hôpital ouvrit l'intestin, pratiqua la suture et sauva son malade, ne peut-on pas se demander, avec M. Vial, si, dans des circonstances semblables, une ponction faite par l'art n'aurait pas les mêmes avantages qu'eut l'ouverture accidentelle de l'intestin dans le premier cas, et s'il n'y aurait pas lieu d'en poser l'indication lorsque l'intestin hernié est distendu par une grande quantité de matières. Conseillée et pratiquée même avec succès par quelques chirurgiens, dans le seul but de donner issue à des gaz, cette pratique ne serait-elle pas tout aussi rationnelle quand il s'agit d'évacuer des matières dont la présence dans un intestin enflammé doit faire craindre des conséquences nécessairement fatales. De nouveaux faits, sans doute, sont indispensables pour trancher une question de cette importance. (*Annales de la Société de méd. de Saint-Etienne,* 1859.)

**Narcotisme extrême** *traité par la respiration artificielle.* Nous avons récemment appelé l'attention de nos lecteurs sur l'extrême importance qu'il y a à surveiller l'état de la respiration dans certains empoisonnements, et sur les services que peut rendre dans ce cas la pratique de la respiration artificielle qui, en maintenant l'une des fonctions essentielles de la vie près de s'éteindre, permet ainsi de gagner du temps et de laisser agir les moyens thérapeutiques dirigés contre l'agent toxique. Voici un exemple remarquable de l'utilité de cette pratique dans le traitement du narcotisme extrême.

M. Comogys fut appelé auprès d'un de ses clients qui venait d'avaler environ deux onces de laudanum. Ne pouvant se rendre immédiatement auprès du malade, il prescrivit un vomitif composé d'une forte dose de sulfate de zinc et d'ipécacuana. Ce moyen produisit quelques vomissements, mais sans agir autrement sur l'état du sujet. Quatre heures à peu près après l'ingestion du poison, M. Comegys trouva le malade étendu sur le sol, complétement insensible et comateux, la peau froide, livide, le pouls faible et petit, la respiration stertoreuse, extrêmement ralentie (5 inspirations par minute). La mort paraissait imminente. On procéda à la respiration artificielle, en même temps qu'on envoyait chercher une demi-once de teinture de belladone, qui fut administrée en lavement. Sous l'influence des mouvements respiratoires, le pouls reprit bientôt quelque force et les râles bronchiques, dont les vibrations étaient faciles à sentir à la main, commençaient à diminuer. Survint un autre médecin, qui s'appliqua à vider l'estomac à l'aide d'une pompe stomacale. Loin de produire du mieux, cette opération manqua d'achever le malade. On recommença alors la respiration artificielle, et on ne l'arrêta qu'au bout de neuf heures. Le malade avait alors repris connaissance et se trouvait assez bien pour que tout traitement fût désormais inutile. (*Cincinnati Lancet* et *Gaz. hebdom.*, février 1860.)

**Purpura hemorrhagica** *grave, traité avec succès par le perchlorure de fer.* L'observation suivante présente de l'intérêt en ce qu'elle montre un exemple d'un purpura élevé au plus haut degré de gravité, qui a cédé à l'emploi du perchlorure de fer.

Un homme de soixante-huit ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution affaiblie, avait le corps convert de taches de sang d'une couleur purpurine. Ces taches ne disparaissaient pas sous la pression digitale; elles étaient livides, étendues, confluentes sur certains points, et offraient toutes les apparences d'ecchymoses récentes. Il y avait même çà et là quelques véritables bulles sanguines qui laissaient échapper des gouttelettes de sang à la piqûre. Le malade accusait une grande faiblesse, de la céphalalgie, de l'inappétence et quelques douleurs vagues abdominales. Le pouls était à 105 pulsations à la minute, la langue un peu rouge, la température du corps élevée; insomnie presque complète; une toux assez fréquente et incommode amenait des crachats composés d'un sang noir et épais. L'auscultation fit découvrir des râles crépitants dans toute l'étendue du poumon gauche. Pendant cet examen, le malade vomit une quantité de sang qui fut évaluée à 100 grammes. Il avait déjà eu de semblables hémorrhagies par l'estomac et par le rectum. Enfin, l'examen de la bouche fit reconnaître sur toute la muqueuse des taches aussi étendues et plus livides que celles de la surface du corps, surtout sur la partie de la muqueuse qui tapisse la lèvre inférieure.

M. le docteur Argaing, qui rapporte

ce fait, prescrivit au malade le repos absolu au lit, du bouillon de volaille froid et un peu de vin généreux; boisson avec 400 grammes d'eau de puits froide, et 1 gramme 50 centigrammes de perchloruro de fer à prendre dans la journée. Lavement avec 200 grammes d'eau de puits froide, et 1 gramme 25 centigrammes de perchlorure de fer. Sous l'influence de co traitement continué pendant trois jours, l'hémorrhagie par le rectum cessa aussitôt, mais le malade rejetait encore par la bouche une certaine quantité de sang, phénomène qui disparut également quelques jours après. Vers le 11 août, les taches commencèrent à prendre une teinte jaunâtre et finirent par disparaître entièrement le 25 du même mois. La convalescence ne fut pas de longue durée; les forces revinrent peu à peu à l'aide d'un régime alimentaire réparateur, et depuis cette époque la santé de cot homme est satisfaisante. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, février 1860.)

**Salicaire.** *Ses bons effets dans le traitement de la diarrhée et de l'hémoptysie.* Rien ne prouve mieux l'importance de la thérapeutique que le succès obtenu par les articles qui traitent de l'action des agents de la matière médicale. Les mêmes faits peuvent se reproduire, ils n'en reçoivent pas un accueil moins empressé de la presse; ce qu'il y a de plus regrettable est que cette répétition ne suffit pas pour assurer l'enseignement qui devrait en découler. M. le docteur Marchand, de Sainte-Foy, vient préconiser dans le traitement de la diarrhée la décoction de salicaire à épis (*lythrum salicaria*). M. J. Ossieur ajoute qu'à l'exemple d'un de ses vieux confrères, il a prescrit souvent et avec succès ce léger astringent, dans le traitement de l'hémoptysie. Ces médecins ignorent que l'emploi de la salicaire est célèbre, comme remède vulgaire en Irlande et en Suède. De Haen, Storck, Gardane en ont préconisé l'usage dans les diarrhées muqueuses, et même vers la fin des dyssenteries. Ils la prescrivaient à la dose de 1 à 2 grammes en poudre et en décoction, à celle d'une poignée pour 500 grammes d'eau. (*Ann. de Roulers*, t. VI, nº 21, 1860.)

**Scarification** *de l'épiglotte dans les cas de brûlure de la gorge.* La trachéotomie produisant presque toujours un résultat fatal, dans les cas de brûlure de la gorge, M. le docteur J.-C. Griffith se proposait, dans le premier exemple de cette lésion qui s'offrirait à son observation, d'essayer les effets de la ponction ou de la scarification de l'épiglotte. Cette occasion s'est offerte, et M. Griffith a été assez heureux pour voir cette opération suivie d'un plein succès.

Un petit garçon de trois ans entro à l'hôpital, atteint de brûlure de la gorge produite par l'ingurgitation d'eau bouillante. Deux sangsues sont appliquées sur le sternum, et des fomentations émollientes sont ensuite pratiquées pour prévenir l'œdème de la glotte. Au bout de trois heures, une dyspnée se déclare. M. Griffith examine la gorge. En passant le doigt sur les parties profondes du pharynx, il trouve l'épiglotte atteinte d'œdème. Il introduit un bistouri garni de linge, et fait quatre ou cinq ponctions; l'opération est facilement pratiquée, et ses effets heureux sont instantanés. L'enfant ne tarde pas à reposer et à dormir. Etant inquiet sur le résultat de l'opération, M. Griffith revoit l'enfant deux heures plus tard, et trouve de nouveau une forte dyspnée. Il répète l'opération, et cette fois avec un succès constant. Dès ce moment l'enfant se rétablit, mais il était incapable d'avaler des substances solides, à cause de l'état inflammatoire de la langue et du pharynx; il fallut le nourrir pendant plusieurs jours avec du jus de viande et du vin. Le huitième jour, il quittait l'hôpital parfaitement guéri. (*Medic. Times* et *Press. medic. Belge*, février 1860.)

**Syphilis** (*Forme particulière de*) *congénitale tardive.* M. le docteur Jonathan Hutchinson, dans un travail important publié dans l'*Ophthalmic-Hospital-Reports*, a fait connaître une forme particulière d'inflammation de l'œil consécutive à la syphilis héréditaire. Parmi les signes ou caractères concomitants de cette affection, il a signalé l'existence d'une altération curieuse consistant en ce que les dents incisives supérieures offrent sur leur bord libre une encochure plus ou moins profonde. M. Diday, de Lyon, placé dans les conditions les plus favorables pour ce genre d'étude, a cherché à saisir la première occasion de vérifier les observations curieuses du médecin anglais. Cette occasion n'a pas tardé à se présenter. Voici ce que rapporte M. Diday.

Le 8 février 1860, il reçut la visite

d'un de ses anciens clients, M. X***, qu'il avait traité en 1849, d'abord, d'un chancre induré, et en 1856 d'une paraplégie qui céda à l'emploi de l'iodure de potassium. Ce M. X*** a deux filles, l'une âgée de vingt-quatre à vingt-cinq ans et qui est parfaitement saine; la seconde, âgée de dix ans, procréée, par conséquent, ultérieurement à l'infection subie par son père, est justement celle qui était amenée à la consultation. Cette jeune enfant, lymphatique, présentait une taie de la cornée de chaque côté; ces deux taies étaient consécutives à une kératite longtemps rebelle, ayant récidivé à plusieurs reprises, qui venait de se terminer il y a quelques mois, mais après beaucoup de soins et de peine. Connaissant les antécédents du père, M. Diday procéda immédiatement à l'inspection de la bouche, curieux de vérifier l'existence du second trait de syphilis congénitale tardivo signalé par M. Hutchinson. Il le reconnut à l'instant : le bord libre de l'incisive supérieure gauche était sensiblement échancré. Il ne fut pas possible de savoir s'il y avait eu jusque-là, chez cette enfant, quelques symptômes syphilitiques vulgaires, éruption, plaques muqueuses, coryza, etc. Mais celui pour lequel on venait consulter était une perforation récemment établie et complète de la voûte palatine, perforation de 4 ou 5 millimètres de diamètre, à bords ulcérés, et qui laissait passer les boissons par les narines. M. Diday a prescrit l'iodure de potassium, à la dose de 5 décigrammes par jour. Après qu'il aura été administré quelques mois, probablement à la quantité quotidienne de 1 gramme, M. Diday est d'avis qu'il y aura lieu d'en prolonger très-longtemps l'emploi à plus faible dose; car il s'agit d'une disposition constitutionnelle d'autant plus difficile à détruire qu'elle n'a jamais été attaquée, et que, coïncidant avec les premiers instants de la vie intra-utérine jusqu'à l'âge actuel, elle est littéralement devenue une seconde nature. (*Gaz. hebd.*, février 1860.)

## VARIÉTÉS.

### ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

*Coup d'œil sur quelques appareils prothétiques destinés aux malades affectés de paralysies partielles des membres.*

La médecine emprunte ses moyens d'action à des sciences si diverses, qu'il n'est pas étonnant que quelques-unes des ressources qu'elle pourrait employer utilement ne se présentent pas tout d'abord à l'esprit des praticiens. De ce nombre se trouvent les secours que peuvent fournir les appareils prothètiques; aussi laissons-nous rarement échapper les occasions qui nous sont données de mettre en relief les services rendus par ces sortes de moyens. En produire de nouveaux exemples, n'est-ce pas d'ailleurs fournir la preuve de l'heureuse influence qu'ils peuvent exercer sur la marche de la guérison de certaines paralysies? Cette preuve est importante, car bon nombre de médecins négligent, de parti pris, l'emploi de ces appareils sous le prétexte qu'on ne saurait concevoir la manière dont ils agissent; comme si le degré d'utilité d'un moyen ne reposait pas surtout sur les résultats qu'amène sa mise en œuvre.

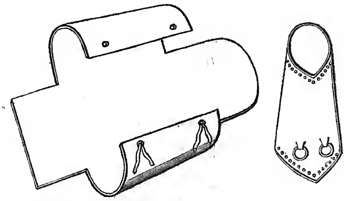
Nous n'aborderons pas le côté historique de cette application spéciale de la prothèse, les éléments nous font défaut. Toutefois, il est un document que nous devons rappeler, car il a échappé à la sagacité de la plupart des auteurs, confondu qu'il se trouve avec des appareils d'une autre nature : nous voulons parler du *dresse-main* d'Ambroise Paré, que l'illustre chirurgien a fait figurer parmi ses modèles de mains artificielles. Cet appareil aurait pu être rapproché du tendon extenseur du pied, dont il est l'analogue, puisque tous deux sont destinés à remédier aux effets de la paralysie des extenseurs des deux mem-

bres. Nous reproduisons (fig. 1) le dessin de ce dresse-main, ainsi que l'explication qui l'accompagne et qui ne laisse aucun doute sur son usage.

« Quand à quelqu'vn par une playe les tendons et nerfs de dessus la main seront coupés, qui fait que le malade ne peut leuer la main, demeurant quasi inutile : elle sera tenue esleuée par cest instrument fait de fer blanc, counert de taffetas ou autre chose, et sera posé sous la main, ioignant la première iointure des doigts; puis attaché par dessus le carpe. Cela fait que la main demeure droite, de façon que le malade s'en aide par le moyeu du dit instrument qu'on peut nommer *dresse-main*. Le bout de cest instrument, qui est rond, se doit mettre contre la première iointure des doigts, et l'autre bout contre le carpe, et sera serré par des liens fort ou peu serrés, ainsi qu'il est nécessaire. »

Ce dresse-main a été réinventé plusieurs fois. Ainsi nous lisons dans l'article *Orthopédie* du Dictionnaire en 60 volumes :

« M. Boyer a conseillé avec succès à un officier dont les muscles postérieurs de l'avant-bras étaient paralysés à la suite d'un coup de sabre qui avait divisé le nerf radial, l'usage d'une machine qui, maintenant la main étendue, sans nuire aux mouvements des doigts, favorisait l'action des muscles fléchisseurs de ceux-ci. »



(Fig. 1.) (Fig. 2.)

Le dresse-main d'Amb. Paré ne remédie pas à l'attitude vicieuse du pouce, lorsque les muscles extenseur et abducteur de ce doigt viennent à être paralysés. Dans ce cas, c'est à un autre artifice que Paré conseille de recourir ; l'emploi d'un tube de fer-blanc dit *doigtier*.

« Lorsqu'vn nerf ou tendon sont entièrement coupés, leur action qu'ils faisoient se perd, et partant la partie demeurante manque à fléchir ou estendre, et quelques fois peut être aidée par l'artifice du chirurgien.

« Ce quo j'ai fait à un gentilhomme estant à monseigneur le connestable, lequel receut vn coup de coutelas le iour de la bataille de Dreux, près la iointure de la main dextre, partie externe, de sorte que les tendons qui esleuent le pouce furent du tout coupés : dont ledit pouce, après la consolidation de la playe, demeura fléchi au dedans de la main, sans se pouvoir leuer, si ce n'estoit par le bénéfice de l'autre main : mais subit se retournoit à refleschir comme auparauant, qui estoit cause que le gentilhomme ne pouvit prendre ny tenir espée, dague, lance, pique, ny austres armes. Or, voyant sa main estre quasi inutile et priuée des armes, me pria de luy couper le pouce, ce que ne luy voulus accorder : mais ie lui fis faire un instrument de fer blanc, dans lequel mettoit son pouce. Ledit instrument estoit attaché par doux lanières à deux petits anuelets sur la iointure de la main, si dextrement que le pouce demeuroit esleué : et par ainsi le gentilhomme pouvoit tenir pique, lance, et autres armes. La figure t'est ici représentée (fig. 2.) »

On le voit, l'enseignement d'Amb. Paré était complet et il restait peu d'effort à faire pour appliquer aux autres doigts l'artifice qu'il conseillait pour le pouce, et rendre élastiques ces tendons artificiels. Ce progrès n'a pas réclamé moins de trois siècles pour son accomplissement.

L'observation la plus ancienne que nous connaissions de l'usage d'un appareil à forces élastiques appliqué à une paralysie de la main est due à Delacroix ; elle témoigne en même temps des bons effets de l'emploi de ces instruments sur le retour du mouvement dans les muscles affectés. Nous empruntons ce fait à un rapport lu à la Société de médecine en août 1813, par le professeur Thillaye.

« Obs. I. *Sur un procédé mécanique au moyen duquel M. Delacroix a suppléé à l'action des tendons extenseurs des deux mains paralysées.* — Un musicien attaché au théâtre Italien, et dont la partie consiste à toucher le piano dans l'orchestre, s'est trouvé atteint d'une paralysie partielle qui, ayant frappé le nerf radio-digital, priva du mouvement les extenseurs des doigts et du pouce à l'une et à l'autre main. Les fléchisseurs continuant d'agir sans être contre-balancés par leurs antagonistes, les doigts restaient dans l'état do flexion, et même le poignet retombait fléchi sur l'avant bras : en même temps la main affaiblie s'émaciait, et la saillie des tendons fléchisseurs faisait à l'intérieur de la main un effet très-désagréable.

« Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette attaque avait été précédée de coliques, de vomissements verdâtres, d'urines sanguinolentes, et qu'il s'y joignait des douleurs vives dans la région des lombes, et une faiblesse spéciale des membres abdominaux.

« Cette maladie se dissipa, mais une nouvelle attaque la reproduisit après des préliminaires absolument semblables, au bout de quatre ans. Dans cet intervalle, le malade éprouva seulement, au renouvellement des saisons, quelques accès de fièvre intermittente.

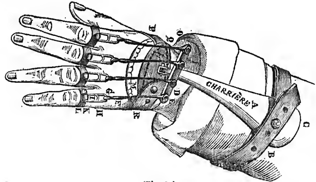
« Après cette reprise, un grand nombre de moyens, indiqués en apparence par la nature de la maladie, furent employés inutilement ; mais le malade s'aperçut qu'en soulevant et soutenant sa main, et la maintenant, ainsi que les doigts, dans l'état d'extension, la faculté de fléchir et le poignet et les doigts étant conservée, les principaux mouvements, et en général l'usage de sa main, lui étaient rendus, et duraient tant que l'extension était ainsi artificiellement suppléée par une force étrangère.

« M. Delacroix, auquel le malade s'était adressé, ne tarda pas à saisir l'indication que lui offrait ce phénomène, et l'idée de remplacer les extenseurs par un mécanisme adapté dans une direction convenable fut une conséquence de cette observation. Ce mécanisme, dont nous allons donner une description sommaire, fut construit de manière à opposer aux mouvements de flexion, que la maladie n'avait pas altérés, un antagonisme assez souple pour ne pas exiger un effort trop grand des fléchisseurs pour l'exécution de leurs mouvements, assez fort pour ramener naturellement le poignet et les doigts à l'état d'extension, sitôt que l'effort des fléchisseurs cessait de s'exercer. Il fut disposé, outre cela, de manière à laisser toute liberté aux mouvements latéraux déterminés par les muscles métacarpo-phalangiens qui n'avaient pas été non plus frappés par la paralysie.

« L'effet de cet appareil fut d'abord de rendre à l'artiste une liberté des mouvements des doigts et des mains, telle qu'il put toucher facilement le piano et exécuter les accompagnements dans l'orchestre de l'Opéra-Buffa ; mais il eut une suite non moins avantageuse, c'est que, tandis que l'extension était maintenue artificiellement, la paralysie s'est peu à peu dissipée, et l'action des extenseurs s'est rétablie assez parfaitement pour que l'artiste maintenant n'ait plus besoin d'aucun secours étranger : nous ne voulons pas dire ici qu'on puisse regarder le mécanisme employé dans ce cas comme un moyen de guérison ; mais on peut croire que luttant habituellement pour contre-balancer

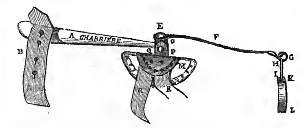
l'effet des fléchisseurs, il a pu diminuer les résistances qu'auraient encore eu longtemps à vaincre les extenseurs, avant de revenir à leur activité première, et que par là le terme de leur rétablissement complet a pu être abrégé.

« Voici maintenant en quoi consiste le mécanisme construit par M. Delacroix [Fig. 3 et 4] (1).




(Fig. 3.)

« Un ressort d'acier A fait en forme de spatule, et garni d'une enveloppe de peau, une plaque de métal formée en écusson M et légèrement concave, sont appliqués, le ressort sur la partie externe de l'avant-bras et selon sa longueur, l'écusson sur le dos de la main. Le ressort est maintenu en position sur l'avant-bras, au moyen d'une courroie qui en fait le tour, B; une pareille courroie R, qui fait le tour de la main en embrassant le pouce, retient l'écusson. L'extrémité antérieure du ressort est terminée par une traverse D en T, sur laquelle sont fixées en tête de compas E quatre verges d'acier minces et élastiques F, de manière à être mobiles latéralement ; leur extrémité est terminée par un crochet G qui s'engage dans des chaînettes H qui soutiennent des anneaux d'argent L qu'on passe dans les doigts :




(Fig. 4.)

ces verges représentent les tendons des extenseurs, et leur élasticité, graduée au moyen de leur épaisseur et de la trempe, est proportionnée au degré de résistance qu'elles doivent vaincre de la part de la flexion habituelle dans laquelle chaque doigt est entraîné. De cette manière, l'antagonisme des extenseurs des doigts est fidèlement représenté par l'élasticité de ces verges, les flexions musculaires alternent facilement avec les extensions élastiques, sans gêner les mou-

(1) M. Charrière père, après avoir publié la notice des instruments nouveaux dont il a doté la chirurgie contemporaine, s'occupe de rassembler ceux des modèles anciens dont le souvenir ne doit pas être perdu pour l'histoire de l'art. C'est là une bonne et utile entreprise. La gravure de l'appareil Delacroix est un premier emprunt fait à cette collection, et il sera suivi d'un bon nombre d'autres, puisqu'il nous le permet.

vements latéraux vers les bords radial et cubital de la main, et le pouce est aussi retenu très-doucement dans un état modéré d'adduction.

« L'effet immédiat de cette application a été au delà de ce qu'on pouvait attendre d'une application mécanique. La main, en reprenant ses mouvements, a repris de l'embonpoint, excepté dans la masse musculaire qui environne la première phalange du pouce de la main droite. Nous avons vu l'artiste même dont la maladie fait le sujet de cette observation. Nous avons jugé de son état actuel qui est tel que nous venons de le dire ; et il nous a confirmé les détails de sa maladie antérieure... »

Le rapporteur ne dit rien de la nature de la paralysie dont ce musicien était atteint, mais les symptômes rapportés et la nature des lésions musculaires permettent de supposer que l'affection était la suite d'une intoxication saturnine.

Voici un second fait analogue et dans lequel la paralysie des extenseurs de la main avait été provoquée par une lésion traumatique des nerfs qui animent ces muscles. L'emploi du même appareil a amené de non moins bons résultats. Cette observation a été communiquée, il y a quelques années, à la Société de chirurgie par M. Ferd. Martin.

« Obs. II. *Paralysie traumatique de la main droite. — Appareil mécanique suppléant l'action des extenseurs. — Guérison rapide.* — Le nommé Cassigneul, musicien d'un régiment de ligne, fut blessé en duel; la balle traversa le bras droit un peu au-dessous de sa partie moyenne. Sans doute, le nerf cubital fut coupé ou au moins fortement lésé : toujours est-il que les muscles extenseurs des doigts furent immédiatement paralysés, la main tomba dans la flexion et il fut impossible au malade de l'ouvrir.

« Je fus consulté au mois de juin 1827, deux ans après la blessure, et je pus constater les phénomènes suivants : les doigts étaient constamment portés dans un fort degré de flexion et ne pouvaient être ouverts spontanément par le malade. Mais si, en saisissant les doigts par leur face palmaire, et si, sans employer une grande force, on les portait et les maintenait dans l'extension, alors leurs mouvements redevenaient très-libres, le malade pouvait saisir et tenir tous les objets qui lui étaient offerts. Quand ces corps présentaient un certain poids il pouvait les abandonner facilement ; mais lorsqu'ils étaient très-légers, il fallait que l'autre main vînt les retirer d'entre ses doigts.

« Les indications étaient précises, il fallait suppléer à l'action des muscles extenseurs : je fis donc construire un appareil ayant quelque analogie avec un autre déjà employé par Delacroix. Aussitôt mon appareil appliqué, le malade put reprendre son instrument, la clarinette, et ainsi gagner sa vie.

« J'avais l'intention, pour seconder l'action de mon appareil, de soumettre ce malade à l'action de l'électricité; mais après une première séance, je ne le revis plus. Six mois plus tard, d'une façon tout imprévue, je rencontrai mon malade se servant aussi facilement de sa main qu'avant sa blessure : il n'avait en aucune façon besoin de secours étranger, il était complétement guéri. »

La modification la plus importante apportée par M. Ferd. Martin au modèle ci-dessus de Delacroix consistait à avoir transformé le ressort en spatule A en un long brassard auquel se trouvait fixé l'écusson M ; par cette disposition l'appareil était fixé plus solidement sur le membre et l'écusson ne pouvait se déranger.

Dans un autre modèle du même appareil porté par un malade de M. Duchenne, M. Mathieu avait construit les tiges métalliques rigides et les avait fixées au brassard. La partie élastique était constituée par les anneaux, qui étaient formés par des bandes de caoutchouc, mode de construction signalé déjà par Mellet dans son *Manuel d'orthopédie*.

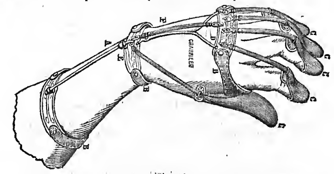
Voici un troisième fait dans lequel les bons effets de l'emploi d'un appareil sont encore incontestables.

« Obs. III. *Paralysie de la main consécutive à une intoxication saturnine.— Emploi d'un appareil prothétique. — Guérison.* — En 1855, M. Duchenne

avait guéri, par l'emploi de la faradisation localisée, une jeune fille atteinte d'une paralysie des extenseurs des doigts et du poignet du membre droit. Cette malade, qui était coloriste et faisait usage du blanc de plomb, ayant eu l'imprudence de porter de nouveau son pinceau à la bouche, selon son ancienne habitude, elle éprouva une rechute de colique saturnine. Après sa guérison, il lui resta une paralysie nouvelle des mêmes muscles; elle perdit de plus l'usage du court abducteur du pouce qui s'atrophia rapidement. Cette seconde atteinte de paralysie résista davantage à la faradisation localisée. Dans le but de lui rendre l'usage de la main et de lui faire attendre avec plus de patience le moment de la guérison, M. Duchenne fit construire son gantelet des extenseurs et du court abducteur du pouce, ce qui lui permit de se livrer au travail de la couture. La faradisation fut longtemps continuée avec une amélioration progressive. Comme elle marchait avec trop de lenteur, au gré de la malade, elle cessa son traitement et se borna à porter son appareil. Quelques mois après, elle était guérie. — Cette cure s'est maintenue; éclairée par cette rechute, la jeune fille a abandonné sa profession de coloriste pour celle de couturière. »

Les résultats de l'usage de ce gantelet se trouvent consignés dans le rapport de M. Bouvier sur le mémoire de M. Duchenne, intitulé : *de l'Orthopédie physiologique de la main* (Bulletin de l'Académie de médecine, 1857, t. XXII.)

Il est une autre affection du système musculaire, sur laquelle les travaux de nos savants collaborateurs MM. Aran et Duchenne ont jeté une vive lumière, et qui vient réclamer, comme les paralysies, les bénéfices de la prothèse : nous voulons parler de l'atrophie musculaire progressive. Toutefois, les essais connus nous portent à penser que l'emploi de ces sortes d'appareils constituera, pour les individus affectés de cette grave maladie, seulement un secours destiné à rétablir certains mouvements rendus impossibles, et non un moyen de traitement. Un appareil bien fait, en suppléant les muscles atteints, doit ralentir la marche de leur atrophie. Voici le premier essai tenté par M. Duchenne.




(Fig. 5.)

« Obs. IV. *Paralysie de la main consécutive à une atrophie musculaire.—Essai d'un appareil prothétique.*—Vers 1849, M. Duchenne fut consulté par un malade atteint d'une atrophie musculaire graisseuse progressive. Les interosseux et les extenseurs des doigts et de la main gauche avaient presque entièrement disparu, et les doigts conséquemment étaient dans une flexion continue. Arrêter la marche progressive de la maladie était la première indication à remplir; mais il en était une autre à laquelle le patient tenait par-dessus tout : c'était de lui rendre l'usage de sa main gauche. On ne pouvait certes l'obtenir par la faradisation, car les interosseux et les extenseurs des doigts avaient presque entièrement disparu. Alors M. Duchenne songea à lui maintenir les doigts dans une extension continue à l'aide d'une force élastique, de telle sorte qu'il pût exécuter alternativement la flexion et l'extension, soit pour saisir, soit pour lâcher un objet L'appareil figuré ci-dessus (fig. 5), que M. Charrière exécuta sur les indications de notre confrère, remplit assez bien ce but et fut très-utile au malade. Mais comme il était trop apparent, il ne s'en servit que dans son intérieur.

C'est alors que M. Duchenne eut l'idée de dissimuler ces sortes d'appareils au moyen de ses gants orthopédiques, qu'il a décrits dans ce journal. »

Certaines paralysies du membre inférieur ne bénéficient pas moins que celles du bras et de la main de l'intervention de ces agents mécaniques.

La note de M. Ferdinand Martin contenait, en outre, l'histoire de trois autres malades affectés d'une paralysie de l'enfance et qui ont guéri également par l'emploi pur et simple des machines. Quoique toutes ces observations laissant beaucoup à désirer au point de vue de l'étiologie de l'affection et de l'état du système musculaire, nous reproduirons cependant l'un d'elles. L'âge du malade (quarante-six ans), à l'époque où l'on fit l'emploi d'un appareil permettant le mouvement du membre paralysé, ne peut laisser aucun doute sur l'utilité de la prothèse dans ce cas.

« Obs. V. *Paralysie du membre inférieur gauche datant de la première enfance.—Emploi d'un appareil prothétique à un âge avancé.—Guérison.*— Des renseignements précis nous font défaut sur le début de l'affection; tout ce que le malade a pu nous apprendre, c'est que la paralysie est survenue dans sa première enfance et sans qu'on pût la rapporter à aucune cause apparente. Jusqu'à l'âge de douze ans, le jeune malade marcha à l'aide de béquilles ; à cette époque il fut amené à Paris, et je lui fis construire un appareil qui, maintenant le membre dans l'extension pendant la station et la progression, permettait à l'enfant de marcher sans aucun secours. C'était en 1817, et jusqu'en 1851 de nombreux essais furent tentés en France, en Allemagne et en Angleterre, dans le but de rendre la marche moins pénible ; mais comme tous ces appareils reposaient sur les mêmes principes que le premier, le malade ne pouvait marcher que la jambe roide; aussi éprouvait-il une fatigue excessive au moindre exercice. L'électricité, nous a-t-il dit, avait été appliquée sous toutes les formes et par tous les procédés, sans qu'on eût reconnu le moindre changement, noté la moindre amélioration dans l'état du membre.

« Le malade revint à Paris en juin 1851, et l'un de nos premiers chirurgiens, l'ayant examiné avec soin, crut reconnaître l'existence d'une luxation de la hanche : le membre présentait, en effet, une telle flaccidité, qu'il aurait presque été possible de luxer toutes ses articulations, et l'inertie musculaire, qui était complète, permettait de porter le membre dans toutes les directions, sans que la moindre contraction eût pu faire supposer que ce membre appartenait à un être vivant. Ajoutons que le pied, abandonné à son propre poids, se laissait tomber en bas et représentait assez bien un pied équin atonique, si je puis m'exprimer ainsi.

« Aidé par les études spéciales que j'avais faites sur les ressources des membres artificiels, j'imaginai d'appliquer à ce malade un appareil construit d'après les principes de ceux que j'ai appropriés aux besoins des amputés de la cuisse et de la jambe au lieu d'élection et qui devait permettre au malade de marcher avec le membre flexible. Cette heureuse innovation rendit immédiatement la progression plus facile et moins fatigante : le malade put même, huit jours après l'application de l'appareil, visiter l'exposition de Londres dans son ensemble, et marcher sept heures et demie sans s'asseoir.

« Mais là ne devait pas se borner le bénéfice que cet appareil devait apporter à l'état du malade : il revint à Paris en novembre 1855, pour visiter l'exposition et, chose très-remarquable, les muscles de ce membre *complétement paralysé* avaient recouvré une grande partie de leur puissance contractile et le malade pouvait marcher sans le secours d'aucun appareil.

« Cependant, comme l'articulation du genou, légèrement déviée en dedans, avait conservé une grande mobilité et était très-disposée aux entorses, le malade crut prudent de continuer l'usage de son appareil pour éviter les accidents.

« L'appareil dont j'ai fait usage dans ce cas se compose d'une gaîne en cuir embrassant la cuisse et fixée autour du membre par un lacet : une attelle latérale en acier, articulée à la hauteur du genou, maintient le membre dans sa rectitude, en permettant la flexion et bornant l'extension du genou, qui était exagérée. L'articulation du cou-de-pied, maintenue par l'appareil dans ses mouvements de latéralité, permet la flexion et l'extension.

« Restait à restituer au membre les puissances qu'il avait perdues et à créer au

moins des muscles artificiels. J'ai trouvé l'idée de cette puissance dans Amb. Paré, dans son chapitre *d'adjouter ce qui défault*. En effet, je disposai, comme l'avait fait le célèbre chirurgien de Laval, une lanière en cuir attachée à la partie moyenne et latérale de la chaussure. Cette lanière montait sur la face antérieure de la jambe, du genou et de la cuisse, pour venir se fixer à une sorte de baudrier qui passait sur l'épaule du côté opposé. Cette courroie, comme il est facile de le comprendre, attachée à la chaussure à la hauteur des articulations tarso-métatarsiennes, avait pour effet, lorsqu'elle était tendue, de relever le pied et remédiait par conséquent au pied équin atonique dont nous avons parlé. De plus, passant au devant du genou sur lequel elle se réfléchissait, elle remplaçait l'action des muscles extenseurs de la jambe (Voir p. 192).

« On a vu que l'électricité avait été appliquée sans succès au malade dont nous venons de rapporter l'histoire : ne peut-on attribuer cet insuccès, dit M. Ferd. Martin, à ce que le membre a été abandonné à lui-même pendant l'application de ce puissant agent thérapeutique? Toutes les fois qu'on veut appliquer l'électricité, il faut, si l'on veut réussir, commencer par ramener le membre à sa direction naturelle et l'y maintenir pendant toute la durée du traitement. Ces idées, du reste, coïncident parfaitement avec celles qu'a émises le professeur Delpech quand il disait que les muscles ne peuvent conserver ou recouvrer leur puissance normale, qu'autant qu'ils sont dans leur longueur et leur direction naturelles. »

Pour être complet, nous devrions dire un mot des appareils à forces élastiques créés par M. Duchenne pour prévenir les déformations du pied dans les paralysies de l'enfance ; mais M. Duchenne se propose de publier prochainement dans ce journal l'étude de ces appareils, comme suite à son travail sur l'orthopédie physiologique de la main.

Enfin, si l'espace ne nous faisait défaut, il nous resterait, pour terminer cette note, à produire un fait témoignant de l'importance qu'il y a toujours à donner une certaine énergie d'action à ces puissances artificielles destinées à suppléer les muscles paralysés ; si elles sont trop faibles, les muscles antagonistes restés sains se contracturent, et un pied bot vient s'ajouter à la paralysie.

Des quelques faits rapportés ci-dessus, on peut conclure :

1° Que les secours apportés par les appareils mécaniques, dans les cas de paralysies partielles des membres, sont réels ; leur action est multiple même, ils restaurent les fonctions abolies du membre, préviennent les difformités secondaires et hâtent la marche de la guérison. Ces ressources, on le voit, appartiennent à la thérapeutique fonctionnelle.

2° Pour que l'intervention de ces appareils soit efficace, il faut que l'énergie des puissances élastiques destinées à remplacer les muscles paralysés fasse équilibre à l'action tonique des muscles antagonistes pendant le repos des membres et l'emporte sur eux pendant les mouvements : autrement dit, dans l'état de repos l'appareil doit maintenir les diverses parties du membre dans leur attitude normale, et, lorsqu'un mouvement a lieu, il doit le produire aussi complet que si les muscles n'étaient pas paralysés.

3° Comme on ne peut prévoir sûrement les cas dans lesquels la mise en œuvre de ces appareils peut, à elle seule, amener la guérison, on doit toujours venir en aide à son action à l'aide de tous les moyens de stimulation connus, en tête desquels il faut placer la faradisation localisée.

---

Par un décret, en date du 14 mars 1860, sur le rapport du ministre des affaires étrangères, M. le docteur Le Cler, médecin en chef des hospices de Laon, domicilié à Turin, est nommé chevalier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

**Des applications que l'on peut faire du perchlorure de fer à la thérapeutique des maladies de la peau.**

Par M. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

La thérapeutique s'enrichit chaque jour de médicaments nouveaux, ou elle emprunte au passé des agents qui, après avoir eu une vogue de plus ou moins de durée, sont peu à peu tombés dans l'oubli. C'est qu'en effet depuis les progrès de la chimie moderne, et après avoir fait table rase de toutes les médications plus ou moins composées, et souvent trop composées, que les siècles passés nous ont laissées, on refait l'édifice pièce à pièce après l'avoir démoli. L'étude des médications simples terminée, on reviendra peu à peu à celle des médications composées. Mais on les formulera mieux et de manière à y laisser chaque agent exercer son influence spéciale.

La liqueur de Bestuchef, qui eut une si grande vogue en Russie et même en France sous le nom de *gouttes d'or du général Lamotte*, a été appliquée à un grand nombre de maladies chirurgicales ou médicales. Elle a produit des résultats auxquels on était loin de s'attendre, résultats qui peuvent déjà justifier l'épithète de *merveilleuse*, qui était donnée jadis à cette préparation.

Nous nous sommes demandé si elle ne pourrait pas rendre aussi quelques services dans le traitement des maladies de la peau, et nous n'avons pas tardé à nous apercevoir qu'en effet elle pouvait être utile, soit comme agent interne, soit, et surtout, comme agent externe.

Déjà M. Deleau a fait quelques applications de ce genre. Mais, il faut bien le reconnaître, l'étude d'un agent thérapeutique ne peut être faite que dans un laps de temps très-long, lorsqu'on n'a pas sous les yeux un champ d'observation assez vaste de la même catégorie de maladies. Les exemples sont alors rares; leurs variétés, suivant les sujets, ne se présentent que de loin en loin ; l'observation même la plus exacte exige un talent d'étude et des souvenirs bien précis, ce qui, à leur défaut, conduit quelquefois à des déceptions, surtout lorsque l'on a voulu embrasser trop de faits.

Il y a moins de mérite à être exact et à fournir à la thérapeutique quelques données certaines, lorsque l'on est placé dans un service où se trouvent réunies les affections du même genre. Nous n'avons

donc d'autre prétention que celle de raconter ce que nous avons vu en agissant sur un nombre assez considérable de malades.

Perchlorure de fer a l'intérieur. — Nous nous sommes servi de la solution la plus usitée, celle à 30 degrés. Nous l'avons administrée dans un julep simple, depuis 10 gouttes jusqu'à 30. A cette dernière dose elle a une action toute spéciale dans le *purpura simplex* ou dans le *purpura hemorrhagica;* mais quoique ses propriétés antihémorrhagiques soient bien reconnues, elles ne paraissent pas s'étendre à certaines hémorrhagies actives. C'est ainsi que le perchlorure, à la dose de 2 grammes, n'a pu arrêter une épistaxis qui se renouvelait tous les jours chez un adulte atteint de variole, avec éruption de purpura disséminé sur le ventre et le haut des cuisses; il en a été de même chez un sujet affecté de varioloïde.

Dans toutes les maladies de la peau avec état cachectique, le *rupia simplex,* ou le *rupia hemorrhagica,* le *purpura simplex,* l'*ecthyma cachecticum,* l'*impetigo scabida,* le *scorbut,* le perchlorure de fer, donné à la dose de 10 à 30 gouttes par jour, prises en trois fois dans la journée, relève les forces du malade et contribue à la guérison de l'affection cutanée. — C'est un agent que l'on pourrait employer, je crois, à cette dose dans la convalescence des fièvres typhoïdes. Nous en avons eu un exemple sous les yeux.

Ce médicament pourrait-il être appliqué au traitement de la scrofule? Nul doute à cet égard; pour nous au moins qui, dans cette maladie, associons depuis longtemps l'huile de foie de morue au sirop d'iodure de fer, au vin de gentiane et aux amers en tisane, et à plus forte raison pour ceux qui ne traitent la scrofule que par l'iodure de fer.

A l'extérieur.— C'est surtout comme médicament externe qu'il agit dans les maladies de la peau. On a dit à tort, suivant nous, qu'il guérissait les mentagres; il n'a donné entre nos mains que des résultats insignifiants, et, afin que l'on soit de suite édifié sur le mode d'emploi que nous en avons fait, nous dirons que nous nous en sommes servi soit en pommade, soit en lotions.

Nous avons formulé des pommades depuis 5 décigrammes jusqu'à 8 grammes de solution de perchlorure. Cette dernière dose donne une pommade très-styptique; des maladies sécrétantes seraient tout à fait surexcitées par des pommades qui dépasseraient 2 grammes. Aussi n'est-ce que dans les affections squameuses, le psoriasis, la lèpre vulgaire, que nous avons pu atteindre cette dose.

Disons de suite que si les pommades au goudron, à l'huile de cade, ont le grand inconvénient de répandre une odeur forte, et

même insupportable pour quelques personnes, si par cela même elles sont souvent repoussées par les hommes du monde, les pommades au perchlorure sont, il est vrai, exemptes d'odeur, mais, comme les précédentes, elles tachent le linge et y laissent un dépôt de rouille, qui ne disparait que fort imparfaitement à la lessive. De plus, elles jaunissent d'abord la peau, puis se décomposent à l'air; le peroxyde de fer est mis à nu, la pommade devient rouge, la peau se colore de la même manière, l'oxyde adhère à la peau à un point tel que le savon n'enlève pas complétement cette coloration.

Nous avons cherché à faire disparaître ce grave inconvénient à l'aide d'une eau de lavage spéciale; les acides étendus, la solution du chlore ont été impuissants; ce qui nous a réussi le mieux, c'est une dissolution de 4 à 6 grammes de carbonate de potasse dans 30 grammes de glycérine à l'aide de quelques gouttes d'eau; mais on comprend que ce moyen est peu applicable à des surfaces rendues plus sensibles par une maladie de la peau.—Nous allons passer successivement en revue les maladies dans lesquelles nous avons fait un usage extérieur de ce médicament.

Affections squameuses.— Un moment nous avons espéré ajouter un moyen de guérison privé de l'inconvénient insupportable qui résulte de l'emploi des pommades au goudron et à l'huile de cade dans le psoriasis et la lèpre vulgaire. Ayant employé, dans un cas de psoriasis aigu décroissant, une pommade à 5 décigrammes de perchlorure d'abord, et plus tard à 1 gramme, nous en avions obtenu la guérison dans l'espace d'un mois; la même guérison a été obtenue plus tard dans un second cas. Nous avons été conduit à appliquer le même agent au traitement du psoriasis chronique; mais, en raison de la marche de la maladie et du peu de sensibilité de la peau, nous avons débuté par des pommades à 2 grammes. Nous n'avons pas tardé à obtenir une amélioration, en élevant progressivement la force de nos pommades à 4, 6 et 8 grammes; mais bientôt le progrès s'est arrêté, et nous avons remis nos malades à l'usage de la pommade à l'huile de cade, qui a fait marcher l'affection vers la guérison d'une manière beaucoup plus sensible. Et qu'on ne croie pas que ce résultat ait été dû à la force respective des deux pommades; celle au perchlorure était au quart de son poids de sel, et nous l'avons remplacée par des pommades au dixième de leur poids d'huile de cade; il est vrai que nous les avons rendues plus fortes un peu plus tard; mais déjà à cette dose l'agent actif, l'huile de cade, avait amené des changements notables dans ces affections.

D'ailleurs les pommades au perchlorure sont très-astringentes ; elles font naître facilement cette éruption papuleuse secondaire que nous avons signalée durant l'usage des corps gras dans les maladies squameuses.

S'ensuit-il que cet agent ne puisse pas être employé dans ces sortes de cas ? Ce serait aller trop loin. Je crois même que ces pommades peuvent être efficaces : 1° dans le psoriasis aigu décroissant, c'est-à-dire lorsque la chaleur de la peau malade diminue sensiblement ; 2° dans le psoriasis à marche chronique, qui a une date assez récente, pourvu toutefois que la maladie soit arrivée à sa période d'arrêt.

On peut même commencer le traitement de psoriasis plus anciens, sauf à le terminer par les pommades au goudron et à l'huile de cade, de manière à n'avoir à supporter l'odeur de celles-ci que pendant la moitié du traitement.

Le lichen chronique et le prurigo subissent quelquefois d'heureuses modifications de l'emploi de la pommade au perchlorure ; mais alors il faut la formuler à 1 gramme pour 30 grammes d'axonge seulement.

Toutes les affections de la peau avec ulcérations, le *rupia*, l'*ecthyma cachecticum*, les ulcérations syphilitiques, guérissent très-vite sous l'influence de la pommade au perchlorure à 1 gramme ou 1gr,5 étendue sur de la charpie, dont on recouvre les plaies, après avoir eu le soin de faire tomber préalablement les croûtes qui peuvent exister à leur surface.

Celles qui ont un très-vilain aspect se modifient d'une manière très-sensible et en peu de temps.

Dans ces sortes de cas, je joins à la pommade l'usage de la solution de perchlorure à 30 degrés que j'étends d'une, deux ou trois fois son poids d'eau, suivant la sensibilité de la plaie. Je fais toucher ces surfaces malades très-légèrement, une fois par jour, avec un pinceau de charpie humectée de cette solution, et je fais panser immédiatement avec la pommade.

Cette médication a pour celles de ces plaies qui donnaient lieu à des hémorrhagies passives, souvent difficiles à arrêter, le double avantage de supprimer ces hémorrhagies et d'en prévenir le retour par le changement de vitalité qu'elle développe dans la plaie.

Telle est sa puissance de cicatrisation, que l'on peut guérir en peu de temps toutes les ulcérations syphilitiques qui siégent sur des surfaces apparentes, la figure, les mains, la poitrine chez les femmes.

C'est peut-être en raison de ces résultats presque merveilleux que quelques praticiens ont pu se faire illusion et regarder le perchlorure de fer comme un antisyphilitique. L'observation est loin d'avoir justifié cette assertion. C'est déjà beaucoup que le perchlorure de fer soit à juste titre regardé comme le premier agent peut-être de la cicatrisation des plaies.

Si j'ai insisté sur cette propriété, ce n'est pas que je préconise de guérir avant tout les accidents syphilitiques extérieurs. J'ai émis dans mon *Traité sur les maladies de la peau* une doctrine tout opposée, attendu que la guérison des phénomènes cutanés syphilitiques, sous la seule influence du traitement interne, donne la mesure de l'action de ce traitement. Elle est un guide de son efficacité pour le médecin, elle est même souvent une indication de la durée qu'il faut donner au traitement.

Il n'y a donc lieu d'employer les préparations au perchlorure de fer que dans les cas où les ulcérations ont par elles-mêmes une certaine gravité, comme aussi dans ceux où elles siégent sur des parties apparentes du corps.

Mais ce n'est pas seulement contre les ulcérations cachectiques ou syphilitiques que le perchlorure de fer agit. Il exerce encore une influence très-heureuse dans le traitement des ulcérations scrofuleuses. En voici un exemple frappant. Un jeune homme de dix-sept ans portait, en dehors de la jambe gauche, une large ulcération scrofuleuse; il avait de plus des ganglions engorgés au cou et tous les attributs de la scrofule. Malade à l'hôpital depuis un mois, et mis à l'usage de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, du vin de gentiane et de la tisane de noyer, l'ulcère s'était peu modifié, malgré des pansements au vin aromatique, au cérat créosoté, lorsque je fis appliquer la pommade au perchlorure de fer à 2 grammes. La cicatrisation fut presque complète dans l'espace de quinze à dix-huit jours. Afin de mieux juger le résultat du médicament, je fais cesser l'emploi de la pommade : l'ulcération revient peu à peu à son état primitif; elle s'est cicatrisée de nouveau, grâce à la pommade au perchlorure, et la cicatrisation s'est maintenue, attendu que le temps nécessaire à ces essais a permis à la médication interne d'exercer une influence heureuse sur l'état général du malade.

Enfin nous terminerons ce qui a trait à ce sujet par une remarque que nous croyons importante; il ne faut jamais, suivant nous, employer les préparations au perchlorure lorsque les plaies, ulcérations ou accidents sont à l'état aigu. Les essais que nous avons faits,

à ce point de vue, nous ont démontré qu'en général on aggravait les accidents et notamment les plaies ou ulcérations syphilitiques.

Le résultat que nous avions obtenu chez ce jeune scrofuleux devait naturellement nous conduire à essayer le perchlorure de fer soit en pommade, soit en lotions, dans les cas de lupus. Nous n'avons pas eu à notre disposition de *lupus exedens* ou ulcéreux. Nous sommes porté à croire que le perchlorure pourrait en cicatriser les ulcérations : ce n'est toutefois qu'une prévision ; mais nous avons employé le perchlorure comme résolutif de ce tissu hypertrophié qui est propre au lupus, c'est-à-dire dans des cas de lupus de forme tuberculeuse et aussi dans des cas de lupus à forme érythématoïde. Le résultat a été nul ou presque nul, soit que le perchlorure ait été employé en pommade, soit qu'il ait été employé en solutions.

Enfin on a dit qu'à l'aide de ce moyen on était parvenu à guérir la teigne humide. Il est très-important, en fait de maladies de la peau, de parler un langage correct, car les mots conduisent souvent à l'erreur. Une teigne humide n'est qu'un eczéma chez un enfant, ce n'est donc pas ce que l'on peut appeler *teigne* (*favus*). Nous dirons plus loin quels services peut rendre le perchlorure dans le traitement de l'eczéma.

Néanmoins nous nous sommes demandé si le perchlorure ne pourrait pas être utile dans quelques affections à produits parasitaires, la teigne et l'herpès tonsurant, par exemple. Sous le rapport de la teigne, deux jeunes filles et un jeune garçon sont actuellement en traitement; l'une des deux jeunes filles est sortie de l'hôpital après y être accidentellement tombée malade ; l'autre a été d'abord épilée, et elle est depuis deux mois sous l'influence d'une pommade au perchlorure de fer à 2 grammes et de lotions, tous les matins, avec la solution de perchlorure ; le jeune homme n'a pas été épilé, on s'est borné à faire tomber les godets et à mettre la pommade et la liqueur, en tenant les cheveux très-courts.

Chez ce dernier, cette méthode est devenue insuffisante, et nous nous sommes décidé à faire pratiquer l'épilation. Quant à la seconde jeune fille, les plaques faveuses confluentes et réunies occupaient les trois quarts supérieurs de la tête. C'était un de ces favus très-nettement accusés, dits *lupinosa* : teinte jaune, à odeur forte de souris, et développé chez une jeune fille d'un tempérament lymphatique.

La peau, dépourvue de godets et épilée, avait, même après plusieurs jours écoulés depuis l'épilation, cette teinte rosée et légère-

ment turgescente qui accompagne le favus et qui ne cesse d'exister qu'à la guérison parfaite de la maladie, pour reprendre la pâleur normale du cuir chevelu. Sous l'influence de la pommade et des lotions au perchlorure, la peau a perdu cette nuance, elle a été ramenée en grande partie à son état naturel, et aujourd'hui, après deux mois écoulés, ayant cessé toute espèce d'agent, afin de laisser renaître le favus et de voir dans quelle proportion il existait encore, il a été reconnu qu'il avait été modifié en bien; mais cinq à six jours après reparurent quelques rares godets qui nous ont engagé à reprendre le traitement.

La maladie remontait, chez cette jeune fille, à dix années (la malade a dix-neuf ans). Elle avait été contractée dans un couvent, auprès d'une autre jeune fille atteinte de la même affection; le perchlorure a été employé depuis le 5 janvier jusqu'au 10 avril, tant en pommade à 2 grammes de perchlorure pour 30 grammes d'axonge, qu'en lotions, une fois tous les matins, à l'aide de la solution à 30 degrés étendue de son poids d'eau.

D'où il ressort que cet agent a amené une amélioration en ce sens que la rougeur et l'épaississement de la peau ont été atténués, mais l'affection n'a pas été guérie dans ce laps de temps. Il est vrai que la durée de l'emploi des moyens est insuffisante, comparée à celle qui serait nécessaire pour guérir une teigne lymphatique de dix ans de date et avec deux ans de traitement antérieur sans succès.

Pityriasis. — Nous n'avons pas été plus heureux avec un pityriasis de toute la figure, à forme farineuse et squameuse; il nous a fallu revenir à l'usage de la pommade à l'huile de cade.

Maladies sécrétantes. — Si maintenant nous parcourons la série des affections de la peau à formes secrétantes, nous arrivons à d'autres résultats.

Nous avons employé le perchlorure de fer sous deux formes contre ces affections: à l'état de lotion, en nous servant de la solution de perchlorure étendue de deux ou trois fois son poids d'eau, et en pommades dans lesquelles il entrait de 5 décigrammes à 1 gramme de ce sel pour 30 grammes d'axonge.

Les lotions étaient faites tous les deux ou trois jours, à l'aide d'un pinceau de charpie que l'on promenait légèrement sur les surfaces malades, en prenant le soin d'essuyer aussitôt, pour que l'action du perchlorure fût très-superficielle. En effet, l'emploi de cette liqueur étendue amène aussitôt un sentiment de cuisson et de brûlure qui dure un quart d'heure environ et qu'il faut éviter en partie, ou

rendre très-peu intense : on peut d'ailleurs assimiler, pour ainsi dire, l'action de la liqueur à la sensibilité de la peau, en l'étendant d'une plus ou moins grande quantité d'eau.

Quant aux pommades, elles ont été mises deux fois par jour.

Nous avions aussi tenté l'application de quelques compresses trempées dans une solution aqueuse, au centième de perchlorure, mais le linge se recouvre en si peu de temps de rouille que la lessive n'enlève pas, et la liqueur elle-même se décompose si facilement à l'air, que nous y avons renoncé.

Le premier essai que nous avons fait a eu lieu chez deux malades. L'un était atteint d'eczéma lichénoïde d'une étendue de 7 à 8 centimètres en diamètre, situé sur le mollet. L'autre avait toute la surface des deux jambes envahie par un eczéma impétigineux qui fournissait encore une certaine sécrétion, mais qui résistait à l'emploi d'autres agents.

Chez le premier les changements furent tels dès le premier jour qu'ils tenaient du merveilleux. Ils se sont soutenus, et l'affection, qui ne se guérissait pas, a été amenée très-rapidement à la guérison par l'emploi de lotions et de pommades.

Quant au second, voulant avoir un terme de comparaison, nous ne fîmes appliquer ces moyens que sur une jambe et nous devons dire que, comme chez le premier malade, le succès fut tellement rapide que nous avons conçu la crainte d'une répercussion, et, comme notre malade était un peu asthmatique, nous nous sommes arrêté. Un refroidissement auquel il fut soumis plus tard et qui amena la suppression de toute sécrétion aux deux jambes, en même temps qu'une congestion séro-sanguine des poumons, justifia nos craintes et nous fit abandonner pour ce malade l'usage de ces moyens.

Nous avons alors expérimenté ces agents dans les affections eczémateuses simples ou composées, eczéma simplex, eczéma impétigineux, eczéma lichénoïde, herpès eczémateux, et nous en déduisons les données suivantes :

Toute forme aigüe de ces affections doit faire rejeter l'emploi de ces agents.

Il en est de même pour toute affection qui sécrète abondamment, attendu que la solution de perchlorure de fer supprime plus ou moins brusquement cette sécrétion, ce qui est toujours irrationnel et parfois dangereux.

Ces préparations ne sont avantageuses que dans la période décroissante et très-décroissante des affections sécrétantes. Elles terminent souvent une guérison qu'il était difficile d'atteindre sans

leur concours. Sous ce rapport on ne saurait prévoir les résultats favorables que la solution de perchlorure convenablement étendue peut amener comme modificateur des surfaces malades depuis longtemps.

C'est surtout dans les formes lymphatiques que ces préparations décèlent toute leur puissance, et notamment dans les formes rebelles et limitées qu'il est difficile de guérir, l'eczéma des seins, du nombril, par exemple, l'intertrigo très-chronique; les plaques d'eczéma lichénoïde isolées sur le dos des mains ou ailleurs.

Conclusions. — Nous concluons des essais auxquels nous nous sommes livré que le perchlorure de fer est l'agent d'une médication interne ou externe efficace dans le traitement d'un certain nombre de maladies de la peau.

1° Il est l'agent le plus efficace qui ait été appliqué au traitement interne du *purpura hemorrhagica* et du *purpura simplex*.

2° Il peut être employé à l'intérieur avec beaucoup d'avantage pour combattre l'état cachectique et l'état anémique, qui accompagnent si souvent certaines formes de maladies de la peau, le *rupia*, l'*ecthyma cachecticum*, l'*impetigo scabida*, les ulcérations atoniques des extrémités inférieures.

3° Il n'a plus la même valeur dans les hémorrhagies actives ou dans certaines formes aigües des maladies que nous venons de citer.

4° Employé à l'extérieur, sous forme liquide et en solution, à des degrés divers de concentration, il peut rendre de grands services comme modificateur des plaies, ulcérations atoniques, scrofuleuses, syphilitiques, et de diverses formes chroniques sécrétantes des maladies de la peau. Il guérit même des états morbides rebelles à un grand nombre d'agents externes.

5° Son usage en pommade est principalement applicable à la période décroissante des affections sécrétantes; mais le perchlorure de fer, associé à l'axonge à dose assez élevée, devient un modificateur utile de certaines affections squameuses, et leur emploi permet de diminuer le temps durant lequel les malades devraient être soumis à l'usage des pommades au goudron et à l'huile de cade, dont l'usage est si désagréable.

Le temps déterminera la question de savoir s'il peut être employé dans d'autres affections, et principalement dans la teigne à forme lymphatique, l'herpès tonsurant et le *porrigo decalvans*.

C'est, en définitive, une ressource de plus pour la thérapeutique d'un certain nombre de maladies cutanées.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

**Remarques pratiques sur la méthode endorganique. — Injections de perchlorure de fer. — Injections iodées. — Injections d'air** [1].

Par M. le professeur ALQUIÉ, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

*Abcès putrides. — Injections de sulfate de fer.* — Les vastes abcès sont fréquemment accompagnés, surtout après leur ouverture, du développement de gaz putrides. Cette complication a parfois pour conséquence la formation d'un état morbide, que l'on a désigné de nos jours sous les termes d'*infection putride*. Ce ne sont pas seulement les abcès par congestion provenant du rachis qui peuvent donner lieu à cette grave complication. Les abcès idiopathiques de l'aine, de la cuisse, du mollet, etc., en sont parfois accompagnés. Afin de prévenir ou de détruire ces produits putrides, nous avons songé à pousser dans ces foyers purulents une solution de sulfate de fer, au centième, afin de décomposer l'hydrogène sulfuré, le sulfhydrate d'ammoniaque, etc., et de déterminer des produits inoffensifs. Parmi les faits à l'appui de ces essais, nous citerons le suivant.

OBS. IX. *Malade atteint d'abcès par congestion ouvert. — Les symptômes d'infection putride se développent, et disparaissent après les injections au sulfate de fer.*—Le 27 mars 1856, vient à l'Hôtel-Dieu le nommé Blayac, âgé de trente ans, offrant une constitution peu robuste; il a deux abcès froids, l'un à la malléole interne de la jambe droite, l'autre au devant du sternum. Celui-ci a pris une très-grande extension. Enfin un examen plus détaillé fait découvrir derrière l'épaule gauche un autre et vaste abcès dont l'indolence l'avait fait tolérer longtemps et à l'insu du malade lui-même. Du reste, cet homme ne présente aucune perturbation et jouit d'un excellent appétit. Pendant près d'un mois on ordonne un traitement tonique, sans toucher aux vastes abcès de la poitrine. Le 24 avril, le chirurgien en chef traverse la tumeur sternale d'un séton de fil simple, qui donne issue à une petite quantité de pus mal lié.

Le 27 avril, le malade a de la fièvre, étouffe et a passé une mauvaise nuit; les parois de l'abcès fortement distendues donnent un son tympanique à la percussion; elles laissent écouler du pus grisâtre et fétide. Le jour suivant, l'état de cet homme s'aggrave; la fièvre continue; le pus a pris une forte odeur d'hydrogène sulfuré. (1 gramme de sulfate de quinine.)

Le 29, dans le but de neutraliser les gaz putrides développés dans l'abcès, et qui sont la source de l'état grave du malade, M. le professeur Alquié injecte 30 grammes d'une solution de 1/2 gramme

[1] Suite et fin. — Voir les livraisons précédentes, p. 215 et 251.

de sulfate de fer dans 100 grammes d'eau. Le lendemain cette injection est renouvelée à la dose de 100 grammes. Le malade en éprouve un léger picotement pendant une demi-heure. Le 2 mai, cet homme n'a plus de fièvre ; il a bien dormi ; l'abcès est beaucoup moins distendu, ses parois sont endurcies ; le pus est moins abondant, peu grisâtre, peu fétide. Cet endurcissement sur les parois du foyer est expliqué par le chirurgien en chef, à l'aide de l'expérience suivante. Si l'on verse, dans un vase contenant du pus, de la solution de sulfate de fer dont il s'agit, on voit ce pus se séparer en deux parties, une séreuse et l'autre coagulée. C'est sans doute à cette dernière qu'est dû l'endurcissement dont nous parlons. Du reste, les mêmes moyens sont employés chez notre malade pendant les jours suivants. L'amélioration générale et locale continue, de sorte que la santé relative de cet homme se trouve rétablie le 6 mai. Dès lors on combat l'affection scrofuleuse et la diathèse purulente dont il est atteint. (Observation recueillie par M. le docteur Delbosc.)

Depuis cette époque, nous avons employé avec avantage ces injections, non-seulement dans les abcès par congestion, mais encore dans les abcès idiopathiques de toutes sortes. Nous avons pu prévenir les effets de la résorption putride qui, lorsqu'elle se développe progressivement comme cela a lieu ordinairement, est moins grave que l'infection purulente, et dont on obtient aussi parfois la guérison.

*Infection putride sidérante. — Injections iodées*, etc. — Il est une forme, non encore connue, et que nous croyons avoir observée, de résorption putride, qui diffère de l'infection ordinaire ou prolongée en ce qu'elle s'effectue brusquement, et détermine des accidents rapides et ordinairement mortels. L'infection putride prolongée se manifeste par des accès irréguliers de fièvre maligne, qui se reproduisent de plus en plus et amènent une prostration progressive et mortelle des forces. L'infection putride sidérante se manifeste par un seul accès pareil, mais tellement violent, qu'il cause la mort en peu d'heures, de manière à faire croire à un accès de fièvre pernicieuse. Voici l'un des faits qui me paraissent le démontrer.

Obs. X. *Coup de feu au poignet droit. — Amputation. — Abcès putride du moignon.— Etat du reste très-satisfaisant pendant neuf jours. — Accès violent. — Mort rapide. — Nécropsie.* — Babau, âgé de 62 ans, doué d'une constitution robuste, reçut, le 27 septembre dernier, toute la charge à bout portant d'un fusil de chasse, dans le poignet droit. On le transporta aussitôt à l'Hôtel-Dieu. Les articulations du poignet et de la main sont largement ouvertes, les os sont broyés, les deux os de l'avant-bras sont fracturés comminutivement, de sorte que la main n'est retenue que par quelques lambeaux informes. L'amputation était

urgente ; elle fut pratiquée immédiatement. Il survient une réaction modérée le lendemain ; elle cesse bientôt pour faire place à un état très-satisfaisant.

Le 2 octobre, cet homme n'a pas de fièvre ; l'appareil est renouvelé ; les lèvres de la plaie se trouvent en grande partie réunies, excepté à l'angle inférieur d'où s'écoule une assez grande quantité de sérosité sanguinolente. (Bouillons, pansements avec la teinture d'iode.)

7 octobre. L'état du malade continue à être satisfaisant ; son sommeil est bon, mais il se plaint de sueurs sans frissons. La plaie laisse écouler du pus séreux et sanguinolent, de la sérosité sanguinolente, sans fétidité bien marquée. (Pansements avec la teinture d'iode, injectée aussi dans la plaie ; soupes et pruneaux.)

Tout marchait parfaitement et semblait promettre une heureuse issue, lorsque le 7 au soir l'interne le trouve un peu fatigué ; vers deux heures de la nuit, il est appelé pour assister aux angoisses de l'agonie : le malade était mort dans l'espace d'une demi-heure.

*Autopsie faite trente heures après la mort.* Le moignon présente un décollement de la peau amincie et privée d'épiderme en plusieurs points. Il contient des pseudo-membranes adhérentes aux os, et est infiltré de sérosité sanguinolente le long des gros vaisseaux. Ceux-ci ne présentent ni traces d'inflammation, ni caillots, ni pseudo-membranes, ni pus. Les veines, notamment la basilique, sont pleines de sang liquide ; leur surface interne offre une teinte rosée ; cette dernière veine est en outre distendue en un point par des gaz. Les poumons fortement congestionnés laissent écouler une sérosité abondante et très-spumeuse, mais n'offrent aucune trace de phlegmasie récente. Le cœur volumineux est distendu par une grande quantité de sang liquide. Les reins ne présentent rien de particulier. L'estomac et les intestins sont dans l'état normal. Le foie présente une teinte très-brune à sa surface et dans sa partie postérieure et profonde ; les veines et divisions des veines porte et sushépatique offrent cette même teinte à leur surface ; de plus elles sont très-volumineuses et gonflées de gaz qui s'en échappent en grande abondance. Le cerveau ne contient aucun épanchement de sang ; mais la substance centrale du cervelet, de la couche optique et des tubercules mamillaires est très-brunâtre et même verdâtre ; cette teinte se remarque encore dans le corps strié du côté droit. La veine crurale et les veines superficielles du bras gauche ne présentent point de traces d'injection. L'artère humérale gauche est pleine de sang liquide ; sa membrane interne est très-rouge. Rien autre. (Observations recueillies par M. Quatrefages, chef de clinique intérimaire.)

Plusieurs remarques doivent être faites sur cette intéressante observation. On nous demandera sans doute pourquoi nous n'avons pas mis en usage chez ce malade le sulfate de fer. Nous répondrons d'abord que le caractère putride du foyer formé dans le moignon ne nous paraissait pas assez prononcé dès les premiers

jours. Ensuite, nous avions ajouté quelque confiance à un travail, récemment publié [1], sur les avantages des alcooliques pour prévenir ou combattre l'infection purulente. En conséquence, nous avions employé chez notre amputé de la teinture alcoolique d'iode en injections et en topiques.

Est-ce, en effet, à ce moyen qu'il faut attribuer le défaut d'accidents pendant les neuf jours qui suivirent l'opération? Quoi qu'il en soit, comme les lèvres du moignon restaient écartées, le pus s'écoulait bien, lors des pansements, mais l'air y pénétrait, et des gaz s'échappaient à chaque pansement. Les lèvres du moignon étaient amincies, violacées, dépouillées d'épiderme, et surmontées d'un empâtement qui s'étendait sur le milieu de la face interne du bras. Aussi, nous continuions les mêmes topiques alcooliques et iodés.

Néanmoins, l'état général de ce malade, jusque-là si satisfaisant, change tout à coup, et se termine brusquement, au milieu d'une prostration rapide des forces, et de phénomènes d'asphyxie.

A quoi donc attribuer une mort aussi brusque qu'inattendue? Une indigestion d'aliments n'en était point la cause, puisque le malade n'a point vomi, et que son tube digestif était vide. Une apoplexie n'en fut point la source, puisque l'encéphale n'offrait aucune désorganisation correspondante. La syncope s'annonce par des symptômes différents, et laisse le cerveau et le cœur vides. Aucune rupture du gros vaisseau n'existait dans ce sujet.

Malgré l'opposition des antécédents, nous pensâmes d'abord à un accès de fièvre pernicieuse avant d'avoir fait la nécropsie. Mais celle-ci vint éloigner cette idée, en nous montrant dans le cadavre les effets délétères des gaz putrides sur les êtres vivants.

Remarquons, en effet, la fluidité et la teinte noirâtre du sang, les gaz dans la veine brachiale, du reste libre de phlogose et de produits purulents, dans les poumons gorgés d'une sérosité très-spumeuse, dans les veines du foie; la teinte brunâtre ardoisée et presque verdâtre de la face interne de ces vaisseaux, d'une grande partie du foie, de la substance grise du cervelet, et de presque toutes les masses ganglionnaires du cerveau. Ces modifications organiques dépendaient, ou de la putréfaction, ou de l'action de gaz sulfhydriques. Or, l'autopsie a été faite trente heures après la mort, le 9 octobre, par une température modérée. Le cadavre n'offrait aucune appa-

[1] *De l'alcool et des composés alcooliques*, etc., par MM. Bataille et Guillet, in-8. Paris, 1859, p. 510.

rence de décomposition ni intérieure, ni extérieure, et conservait encore de la rigidité.

L'hydrogène sulfuré, l'acide sulfhydrique, le sulfhydrate d'ammoniaque, etc., ont donc été les causes de ces altérations. Ce sont, en effet, celles que nous voyons produire une mort et des altérations analogues chez les personnes frappées d'apoplexie ou d'empoisonnement par ces gaz délétères (1). Ce sont surtout les mêmes résultats que nous avons maintes fois constatés dans nos expériences sur les quadrupèdes (2). Au moment où nous écrivons ces lignes, nous venons de faire, à la Faculté, l'expérience suivante. Un demi-décilitre de pus était conservé depuis quelque temps dans une vessie de caoutchouc. Des gaz très-fétides s'y étaient développés. Au moyen d'une pipette introduite dans la veine jugulaire d'un lapin, et de la pression de cette vessie, le gaz a été poussé dans le système veineux. En peu d'instants, l'animal a présenté une gêne croissante de la respiration, un abattement progressif, des mouvements convulsifs, une dilatation prononcée des pupilles; enfin il est mort au milieu d'un mouvement brusque, et en peu de secondes. Pratiquée peu d'instants après, l'autopsie nous a montré du sang noirâtre et fluide partout, le cœur distendu par du sang liquide et des gaz, les veines des poumons obstruées par des gaz, le foie brunâtre en certains points. Du reste, ces organes exhalaient une odeur peu fétide.

L'observation clinique, l'anatomie pathologique, l'expérimentation sur les quadrupèdes nous semblent donc concourir à confirmer le sentiment que nous émettons sur l'existence de l'infection putride sidérante. C'est, à notre avis, la cause de plusieurs cas de mort brusque et inattendue de malades atteints de foyers purulents, et notamment d'opérés. En ces circonstances, l'on est porté à attribuer une terminaison pareille à un accès de fièvre pernicieuse.

Les alcooliques, la teinture iodée, la solution de sulfate de fer, et les soins propres à empêcher le croupissement du pus seront les moyens capables de prévenir plus que de dissiper un semblable accident.

*Injections d'air.* — Nous avons poursuivi la méthode endorganique en bien d'autres cas. Nous avons inoculé les virus syphilitique, vaccin, etc., aux altérations cancéreuses, sans en retirer encore de résultats curateurs. Nous avons fait des *injections d'air* au sein

---

(1) *Traité élémentaire pathologique*, t. II, p. 401. 1856.
(2) *Clinique chirurgicale*, t. Ier, p. 449. 1852.

de diverses cavités malades, et notamment dans les hydrocèles, sans avantages. Ces injections d'air nous ont servi à dissiper les obscurités du diagnostic sur les limites et les origines des abcès. Voici les circonstances qui nous ont fait songer à ce procédé de diagnostic dont nous avons retiré quelques avantages.

Obs. XI. *Vaste poche muqueuse au mollet. — Injections iodées de plus en plus profondes. — Inflammation de l'articulation du genou.—Mort.*—Au mois de juillet 1857, le nommé Ferrag, âgé de cinquante-huit ans, vint dans notre service. Ancien militaire, doué d'une constitution robuste, il portait depuis longtemps à la partie interne du mollet gauche une tumeur très-prononcée. Située au-dessous de la peau, cette tumeur était constituée par une poche ou espèce de kyste, d'où s'échappa, après une ponction, un liquide abondant et d'aspect synovial. Cependant le genou était à peine tuméfié au-dessus de la rotule, ne causait aucune douleur, et permettait les fatigues les plus prolongées. La compression de la tumeur ne faisait point refluer de liquide d'une manière sensible dans l'articulation voisine, la compression de celle-ci ne déterminait pas de changement notable dans la tumeur. Déjà, du reste, des injections iodées avaient été pratiquées dans cette poche, mais n'avaient pu en amener l'occlusion. L'ouverture s'était déjà fermée, et le liquide, en apparence synovial, s'était abondamment reproduit. Croyant à l'indépendance de cette poche et de la cavité du genou, enfin à la nécessité de provoquer une action plus vive et plus soutenue pour déterminer la guérison, nous introduisîmes dans le kyste une sonde en gomme élastique, laissée à demeure, et à travers laquelle nous pratiquâmes chaque jour une injection de teinture iodée. Ce remède fut d'abord bien toléré, et paraissait propre à favoriser l'adhésion des parois de cette poche. Mais au quatrième jour, il survient une inflammation violente du genou, une suppuration abondante du foyer et, de la jointure, et malgré les moyens les plus puissants, la mort en est la conséquence au bout de deux semaines. A l'autopsie, nous reconnaissons, ce que déjà les accidents précédemment énoncés nous avaient appris, que le kyste sous-cutané du jarret communiquait à l'articulation du genou, qui nous offrit les effets d'une violente phlogose. Cette poche était donc formée par la migration jusque sous la peau de la synovie provenant de l'articulation à travers le ligament postérieur, et passant dans un trajet sinueux sous les muscles poplité, jumeau interne et demi-tendineux.

Evidemment, si nos moyens d'exploration avaient démontré d'abord la communication du kyste avec la synoviale du genou, nous nous serions abstenu de provoquer une inflammation violente. Mais les injections elles-mêmes ne pénétraient que peu ou point à travers les sinuosités de ce trajet de communication. En réfléchissant à l'insuffisance des liquides pour éclairer le diagnostic en pareil cas, nous avons songé à nous servir des injections d'air. En poussant, au moyen de seringues ordinaires, de l'air dans les abcès à

limites indéterminées, nous avons établi l'étendue et les contours divers d'abcès siégeant au cou, à la face, à la poitrine, enfin dans toutes les régions du corps. Ainsi, un militaire présentait à la joue droite un abcès dont l'ouverture persistante annonçait une source profonde et indéterminée. A défaut de tous les autres moyens d'exploration, des injections d'air sont venues démontrer avec bruit l'orifice interne du trajet fistuleux aboutissant à une grosse molaire altérée qu'il a fallu extraire. La guérison de l'abcès eut lieu peu de temps après.

Un fait analogue à celui dont nous avons plus haut rapporté l'histoire a trouvé dans l'emploi des injections d'air un diagnostic exact et une terminaison non moins dignes d'être connus.

Obs. XII. *Abcès étendu au pourtour de l'épaule droite depuis longtemps.—Fistules multiples.—Articulation saine en apparence. — Diagnostic d'un abcès de cette articulation au moyen des injections d'air. — Réaction inflammatoire. — Guérison rapide.* — Hyacinthe, âgé de dix-sept ans, a présenté depuis sa plus tendre enfance les symptômes d'une affection dartreuse qui lui a laissé peu de repos depuis lors. Vers le 5 août dernier, son corps était à peu près délivré de dartres, lorsqu'il sentit sous l'aisselle une douleur bientôt suivie d'un abcès, qui augmenta rapidement de volume. Ouvert le 18 suivant, cet abcès laissa écouler près d'un quart de litre de pus de bon aspect. Cet abcès a continué pendant une dizaine de jours de fournir une grande quantité de pus. Vers le 5 septembre, le liquide avait notablement diminué; la douleur assez faible permit d'explorer les parties et de commencer l'emploi des injections iodées. Un liquide filant et onctueux avait remplacé le pus vers le 25 du même mois. Jusqu'au 13 octobre, le même traitement est continué mais sans résultat curateur. L'abcès ne se fermait pas, malgré l'immobilité du bras.

Le 13 octobre, M. le professeur Alquié pratique dans le foyer une injection d'air qui devient sensible au-dessus du moignon de l'épaule et dans la jointure. Au même moment, le malade accuse une vive douleur, qui s'accroît le lendemain et est suivie de fièvre. Le foyer fournit une centaine de grammes de pus phlegmoneux.

Le 20 suivant, tout symptôme d'acuité avait complétement disparu. Le 30, l'abcès paraît entièrement oblitéré. L'articulation reprend de plus en plus ses mouvements, et ce jeune homme quitte l'hôpital, guéri, le 5 novembre 1859. (Observation recueillie par M. Roger.)

Vu la forme de l'épaule, le diagnostic était resté un peu incertain, malgré les divers moyens d'exploration employés. Aussi la teinture d'iode avait-elle été poussée fort profondément, et plusieurs fois par jour, du reste sans résultat satisfaisant, ni pour le diagnostic, ni pour le traitement.

Les injections d'air ont établi la source du pus dans la jointure où ce fluide parvenu laissait percevoir une crépitation manifeste;

c'est cette crépitation qui a dévoilé l'étendue, l'irrégularité et la source de collections purulentes très-diverses.

Dans le cas précédent, il est survenu une réaction assez forte, que nous n'avons point remarquée dans les abcès étrangers aux articulations. Toutefois, cette réaction, loin d'avoir été nuisible, a amené dans l'état chronique et opiniâtre de cette altération une modification curative, dont le résultat presque inattendu a donné une rapide guérison.

Nous ne voulons point discuter ici les avantages et les inconvénients des injections d'air. Nous devons nous borner à montrer qu'elles sont un moyen de diagnostic pour une foule de cas obscurs, innocent pour un grand nombre, et peut-être très-utile dans certains cas graves et opiniâtres.

Ce que nous avons précédemment exposé suffira, sans doute, pour faire comprendre l'esprit de la méthode endorganique. Mais, quoique nous en ayons montré l'application à un bon nombre de maladies, elle est susceptible d'une bien plus grande extension. Toutefois, les occasions nous ont manqué d'en montrer la réalisation dans certaines lésions de la plupart des viscères abdominaux. Nous l'avons cependant mise en œuvre contre les kystes et abcès du foie; la rate, les reins, l'utérus, etc., nous paraissent susceptibles d'en recevoir une application avantageuse. Les organes respiratoires peuvent être, ce nous semble, heureusement modifiés à la faveur de cette méthode.

Depuis longtemps l'on a démontré les heureux effets dont est souvent suivie la cautérisation du larynx et de la trachée atteints de phlegmasie, ou d'autres lésions graves. Il y a peu d'années que M. Eben Watson proclama les avantages du nitrate d'argent, porté, au moyen d'une éponge imbibée d'une forte solution, sur l'ouverture du larynx, ou même dans ce tube, chez des malades atteints de phlogose simple, œdémateuse, ou pseudo-membraneuse. Toutefois, le professeur de Glascow avoue que parfois il n'a pu faire franchir à l'éponge l'orifice du larynx (1). L'éponge détermine une grande anxiété. A plus forte raison, s'il faut introduire un pareil instrument jusque dans la trachée, comme cela a été pratiqué (2). L'on a tenté de cautériser l'intérieur du larynx en ouvrant cet organe, chez des personnes affectées de phthisie laryngée (3),

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1853, p. 242.
(2) Gazette hebdomadaire, 1855, p. 851.
(3) *Bulletin de Thérapeutique*, 1842, p. 471.

d'ulcères syphilitiques [1]. M. Thierry a proposé d'ouvrir la trachée artère, afin de passer des liquides jusque sur les altérations du poumon.

Barry, Robinson, Bricheteau, etc., ont tenté d'ouvrir la poitrine de personnes phthisiques, afin de porter des caustiques dans les cavernes pulmonaires [2].

Au lieu de ces opérations dont l'utilité est fort contestable, ne serait-il pas plus simple de porter les caustiques sur les points lésés, à la faveur de la méthode endorganique? Il nous semble que, à l'aide de la petite seringue que nous avons maintes fois employée, il serait très-facile de pénétrer dans la partie supérieure du larynx à travers la membrane thyro-hyoïdienne ; dans la moitié inférieure de cet organe, à travers la membrane crico-thyroïdienne, enfin dans toute la trachée, au travers des intervalles situés entre les cerceaux fibro-cartilagineux. Nous devons toutefois nous borner à ce simple aperçu, en attendant l'occasion d'en faire l'application.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Du pouvoir dissolvant d'un certain nombre de sels neutres sur le sulfate de quinine.

L'insuccès du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes tient souvent à son imparfaite dissolution dans le suc gastrique, et partant à un défaut d'absorption. On peut se rendre compte aussi des effets irritants du sulfate de quinine des pharmacies sur la muqueuse des voies digestives par l'insolubilité de ce sel, qui agirait alors comme topique. Partant de ces considérations, M. Calloud, pharmacien à Chambéry, a cherché quels étaient les meilleurs dissolvants du sel quinique. Se basant sur la présence normale de l'acide chlorhydrique dans les liquides gastriques, sur la diffusibilité de l'acide volatil et sur son innocuité, il propose de l'employer de préférence comme dissolvant du sulfate de quinine. Voici, du reste, les résultats d'expériences comparatives faites avec un certain nombre de sels neutres :

1° Le sel ammoniac, le nitrate de potasse, le sel marin, favorisent singulièrement les dissolutions du sulfate de quinine dans l'eau;

2° La puissance de dissolution accusée par ces sels est de moitié plus

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1856, p. 234.
(2) *Ibid.*, t. XXVIII, p. 471.

forte que celle de l'eau simple prise comme point de comparaison;

3° L'eau de savon exerce sur le sulfate de quinine une action dissolvante sensiblement plus grande que l'eau seule;

4° Les sulfates de soude et de magnésie font moins que l'eau pour la dissolution du sulfate de quinine;

5° Le phosphate et le bicarbonate de soude entravent sa dissolution aqueuse : le premier, en rendant libre une certaine quantité de quinine basique; le second, en le décomposant totalement et en rendant toute libre la base quinine absolument insoluble;

6° Enfin, la quinine pure, presque tout à fait insoluble, même dans l'eau chaude, se dissout bien par l'addition d'un peu de sel ammoniac.

---

**Lotions contre le pityriasis du cuir chevelu.**

Le pityriasis du cuir chevelu est une des affections de la peau les plus tenaces; lorsque la maladie est à son début, M. Mialhe conseille les lotions suivantes :

| | |
|---|---|
| Sous-borate de soude.................. | 10 grammes. |
| Eau de roses.......................... | 125 grammes. |
| Alcool................................ | 125 grammes. |

Faites dissoudre le sel dans l'eau de roses, ajoutez l'alcool et filtrez.

*Autre formule :*

Nous avons signalé des premiers les bons effets topiques de la glycérine contre le pityriasis du cuir chevelu. Dans la formule suivante, cette substance, quoique étendue dans un véhicule, n'en manifeste pas moins ses effets, et son emploi est plus facile.

| | |
|---|---|
| Glycérine pure........................ | 50 grammes. |
| Eau de roses.......................... | 120 grammes. |
| Chlorhydrate d'ammoniaque............. | 60 centigrammes. |

On touche les parties malades avec un petit tampon de linge imprégné de la solution ci-dessus. Le plus souvent, surtout lorsque l'affection débute, une seule lotion quotidienne suffit, sinon on la répète le soir et le matin.

---

**Pommade contre le pityriasis du cuir chevelu.**

Lorsque les deux formules ci-dessus ont échoué, ou mieux lorsque la forme d'une pommade est préférée, on aura recours à la préparation suivante.

| | |
|---|---|
| Axonge | 60 grammes. |
| Protoiodure de mercure | 1gr,50 |
| Bisulfure de mercure | 0 ,25 |
| Essence de roses | 5 gouttes. |

Recommander de séparer les cheveux de façon que la pommade soit appliquée sur le cuir chevelu.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Note sur les bons effets de la digitale et de la quinine comme traitement de la migraine.

Lettre à M. le docteur Debout.

J'ai longtemps attendu pour répondre à votre appel, désirant vous donner des résultats contrôlés par une plus longue expérience, afin de corroborer ainsi d'une manière plus sûre ceux que vous avez eu l'avantage de nous faire connaître en 1857 par la voie de votre précieux journal (*Bulletin de Thérapeutique,* t. LII, p. 114 et 217).

Ainsi que vous le dites, la migraine n'est pas une maladie qui compromette, le moins du monde, la vie de ceux qui y sont sujets; mais lorsqu'elle est constituée par des accès très-fréquents, d'une durée moyenne de douze heures, qu'elle se prolonge sous cette forme de longues années, c'est alors une véritable calamité, bien digne de fixer l'attention des médecins.

Cette névralgie toujours intermittente prend souvent la forme périodique poly-mensuelle, mensuelle, semi-mensuelle, hebdomadaire. Elle débute brusquement, mais en général elle s'annonce par des prodromes sur la signification desquels le vieux hémicranique se trompe rarement.

La veille de l'accès, on en est souvent averti par une disposition au sommeil; sommeil d'autant plus perfide qu'il est souverainement séduisant, par un sentiment indéfinissable de bien-être qu'il procure momentanément et dont il faut se défier. Il n'en est plus de même de celui de la nuit, souvent interrompu par le besoin de remonter le corps, qui descend sans cesse, afin de remettre la tête sur le coussin et de s'opposer à la tendance qu'elle a à se porter en arrière et à favoriser l'engorgement des sinus veineux.

Vers six à sept heures du matin, la vague douleur ressentie soit au front, soit sur le sommet ou le derrière de la tête, annonce l'en-

trée en accès ; elle devient plus accentuée au moment du lever, — puis elle se calme un peu, pour reprendre plus d'intensité après le premier repas.

Au milieu de la journée les pieds se refroidissent, un sentiment de tristesse indéfinissable rembrunit la physionomie du patient. Tout l'incommode alors, mais surtout les odeurs, le bruit, la lumière. Le travail du corps et de l'esprit est à peu près impossible. Enfin viennent les nausées et avec celles-ci la nécessité de se mettre au lit ; là le mal grandit, la douleur hémicranique arrive à son comble, le malade ne trouve un peu de soulagement que dans une sorte de gémissement régulier, espèce de chloroforme naturel, dont l'utilité se fait sentir d'une manière bien évidente.

Les vomissements suivent bientôt les nausées ; leur efficacité sur la fin de la douleur de tête est d'autant plus assurée que l'estomac contient plus de substance alimentaire ; lorsque par événement cet organe est à peu près vide au moment où ils arrivent, ils se prolongent davantage et deviennent parfois si tenaces que le moindre mouvement dans le lit les ravive avec une effroyable énergie : un atome de liquide produit le même effet.

Après cette phase de l'accès, le mal de tête, exagéré pendant les efforts expulsifs, se calme, et la disposition au repos, au sommeil lui-même commence à se faire sentir. Vers l'expiration de la douzième heure, c'est-à-dire vers six et sept heures du soir, plus rien ne survit au réveil, qu'une sorte de bien-être ravissant, qu'augmente encore le sommeil de la nuit : on est le matin en état de reprendre ses travaux avec plus d'ardeur que de coutume.

A quelques variations près dans la longueur des accès, dans la prédominance ou la durée de tels ou tels de ces symptômes, voilà bien comment se passent les heures de souffrances destinées aux porteurs de migraine.

L'alimentation ou la diète abrége ou allonge quelquefois l'accès ; mais le plus souvent ce dernier suit inexorablement ses phases, sans la moindre perturbation, même malgré l'usage des opiacés.

Au lieu d'un accès en règle, l'on remarque seulement parfois le cortége initiateur des symptômes prodromiques, dont la durée dépasse de beaucoup celle de cet accès lui-même.

Dans l'intervalle des crises, mais surtout un peu avant leur retour, à la suite d'une course à pied, d'une montée rapide plus particulièrement, certaines personnes perçoivent, dans la partie centrale du champ visuel, une image lumineuse, rose, ayant la forme d'une ellipse dont l'une des grandes courbes est rentrée brusquement sur

elle-même : puis cette image prend les teintes complémentaires, verte, jaune, bleue, et disparaît au bout d'une ou deux minutes. D'autres observent en dehors et sur la limite du champ extérieur de la vision un grand demi-cercle, lumineux, disposé en zigzag. Sa couleur, jaune au grand jour, est d'une blancheur fulgurante dans l'obscurité; il est excessivement remarquable par les vibrations qui l'agitent; observées à diverses reprises, quoique très-rapides, il nous a été possible de les compter et de constater que leur nombre s'élève de cent quatre-vingt-dix à deux cents dans l'espace d'une minute.

Ce rhythme n'a pas de rapport avec celui de la pompe cardiaque; il n'en a pas davantage avec les oscillations connues de l'iris. Quel est donc le siége de ces deux genres de phénomènes lumineux?

L'illustre professeur qui a donné à la migraine caractérisée par ces hallucinations visuelles le nom d'*irisalgie* rend compte de la production de ces accidents lumineux, en les attribuant à l'iris dont la forme arrondie se refléterait dans celle de l'image perçue par les personnes atteintes de migraine. M. Piorry, captivé par les prestiges de cette apparence causale, a suivi l'exemple d'Aristote, de Scheiner, de Kepler, qui rattachaient aussi les cercles lumineux phosphéniens nés dans l'œil sous la pression des doigts, soit au cristallin, soit à l'iris.

Que la douleur du globe de l'œil, dans ses variétés infinies, soit causée par le rameau ophthalmique de la cinquième paire; que consécutivement au travail névralgique de ce cordon et à celui d'une portion du moteur oculaire l'iris se resserre ou se dilate avec une sensibilité plus ou moins vive, cela se conçoit très-bien; mais mettre sur le compte de la cinquième paire les phénomènes des couleurs accidentelles, des zigzags en cercle, c'est opérer une transposition de fonctions que la science physiologique contemporaine ne saurait accepter. Au nerf optique seul est dévolue la faculté de présider à la perception des sensations lumineuses. Donc les apparences de couleurs différentes remarquées dans le centre du champ visuel correspondent à la portion de rétine avoisinant la tache jaune, et les zigzags apparaissant dans sa portion externe appartiennent à cette partie de la membrane traversée par le prolongement de la ligne menée des zigzags un peu en arrière du centre du cristallin, conformément à la loi d'émergence des rayons physiologiques.

L'hémiopie compliquant l'accès hémicranique est un phénomène de même ordre, et que personne pourtant n'a la pensée d'enlever au nerf de sensibilité lumineuse pour le transporter sur un nerf de

sensibilité générale, parce qu'il est évident que cette complication ne saurait appartenir à d'autres portions du système nerveux qu'à celle du système cérébro-rétinien. Les substitutions physiologiques ont pour limite la perfection organique, sorte de création *ad hoc*, réalisée dans le système oculaire, qu'aucun autre ne peut remplacer.

Il faut donc changer l'appellation *irisalgie* en une autre plus conforme au vrai. Nous laissons ce soin à l'éminent auteur de la nouvelle nomenclature médicale, si violemment attaquée et que chacun cependant adopte insensiblement, dans l'occasion, pour donner au langage plus de clarté et de concision.

Je n'entre pas dans d'autres détails sur la symptomatologie de la migraine. J'ai voulu par ce rapide exposé caractériser cette maladie à l'état périodique et vous donnera ussi une idée sommaire de ce que j'ai souffert moi-même pendant plus de quinze années; mes accès revenant périodiquement tous les mercredis, et durant douze heures, j'ai dû les supporter neuf mille trois cent quatre-vingt-huit heures.

Grâce à l'usage combiné du sulfate de quinine et de la poudre de digitale selon votre formule [1], et continué pendant près de cinq mois sans interruption, à la dose d'une pilule tous les soirs, j'ai eu le bonheur de me guérir radicalement, car depuis quatre ans je n'ai eu que des ressentiments de peu d'importance; l'amélioration n'a pas été immédiate, car les premiers accès furent sensiblement augmentés. Je supporte aujourd'hui impunément les épreuves de la fatigue, du froid, de la chaleur. Je suis devenu à peu près réfractaire à toutes ces causes, jadis par moi si vivement redoutées, parce qu'elles réagissaient sur l'intensité de mes migraines.

Après avoir obtenu sur moi-même des effets si satisfaisants, et je puis dire si inespérés, j'ai voulu poursuivre l'expérience et connaître la portée de votre traitement en le conseillant aux malades qui venaient me consulter. En voici les résultats sommaires.

Une dame d'Av..., âgée de cinquante ans, travaillée par la migraine mensuelle depuis près de vingt-cinq ans, guérit en trois mois, en prenant tous les soirs sa pilule.

---

[1] Voici cette formule :

| | |
|---|---|
| Sulfate de quinine.................... | 5 grammes. |
| Poudre de digitale..................... | 1gr,50 |
| Sirop de sucre........................ | Q. S. |

F. S. A., 30 pilules.

Une chaque soir en se couchant pendant au moins trois mois.

Même résultat chez un pasteur Wesleyen pour une migraine de vieille date revenant tous les huit jours.

Femme âgée de cinquante-cinq ans ; ancienne migraine hebdomadaire ; pilules pendant trois mois ; absence d'accès pendant deux ans ; récidive ; guérison par la reprise des mêmes pilules.

M. C***, membre du Conseil général, m'annonce sa guérison à la suite du remède pris et repris après trois interruptions successives : périodicité semi-mensuelle ; âge, soixante ans.

Cinq autres hémicraniques, de trente-cinq à quarante-cinq ans, guéris en trois, quatre, cinq et six mois par votre remède.

Je tiens d'un pharmacien, à qui j'ai donné votre formule, que d'autres personnes ont été guéries par elle de leur migraine. En complétant plus tard les précédents renseignements, s'il y a lieu, j'ajouterai ceux qu'il est à même de me fournir. Ne trouvez pas mauvais qu'il exploite à son profit, et sous son nom, un excellent remède que Bouchardat avait déjà publié sous le mien. *Sic vos, non vobis*...

Les pilules ont échoué dans quatre cas :

1° Mme D***, sujette dès sa plus tendre enfance à des migraines névralgiques irrégulières, n'a pas trouvé la moindre amélioration à la suite de ce traitement. Cette maladie, héréditaire chez elle, paraît être identique à celle de sa mère, âgée de soixante-dix ans, que rien n'a pu guérir.

2° Elles ont été prises inutilement à divers intervalles par M. D***; les vomissements ont seuls été amoindris.

3° Mlle V***, âgée de vingt et un ans, a été délivrée par les bains de mer d'une migraine hebdomadaire réfractaire aux pilules.

4° Enfin le remède a été impuissant dans un cas analogue à ce dernier; le sujet avait une trentaine d'années, mais les accès étaient irréguliers.

Vous savez que la migraine passe avec l'âge, surtout celle qui est entretenue par les dents malades, lorsque le travail d'élimination est consommé. Mais ici, en présence du résultat obtenu, il n'est pas possible d'attribuer la guérison à une cause de ce genre. La différence des années des divers sujets soumis au traitement quinique par vous et par moi ne nous invite pas à croire à cette voie naturelle de guérison, et tout doit nous porter au contraire à mettre sur le compte du remède la cessation des phénomènes hémicraniques contre lesquels il a été employé.

La continuité et la longueur du traitement sont un grand inconvénient repoussé par nombre de malades préférant leur infirmité

aux ennuis de cette servitude. Quelques-uns l'acceptent avec empressement, mais n'ont pas la patience de le continuer sans de fréquentes interruptions. L'emploi de vos pilules, au nombre de quatre, le jour de l'accès, serait beaucoup mieux accueilli. Mon confrère, le docteur Allut, vient de m'annoncer une guérison obtenue par ce mode d'administration.

Malgré ses minces inconvénients, le traitement de la migraine, tel que vous l'avez formulé, constitue, selon moi, un traitement digne d'entrer dans la pratique courante. M. Serre, D. M.

Alais (Gard).

## BIBLIOGRAPHIE.

*Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses*, par M. Claude Bernard, membre de l'Institut de France, professeur de médecine au Collége de France, professeur de physiologie à la Faculté des sciences, membre des Sociétés de biologie, philomathique de Paris, correspondant des Académies de Turin, des sciences médicales et des sciences naturelles de Lyon, de Suisse, de Vienne, etc., etc., avec vingt-deux figures intercalées dans le texte.

Pendant que les sciences physiques proprement dites rompaient hardiment, à la voix de Bacon, de Descartes et de Galilée, avec la tradition et ses méthodes improgressives, la physiologie et la médecine s'opiniâtrèrent longtemps encore à marcher dans la même voie, à s'emboîter dans l'ornière du passé. D'où vient cette différence dans la marche et le développement des sciences, qui se touchent par plus d'un point, qui, dans tous les cas, relèvent des mêmes facultés de l'esprit, et qui devaient tout naturellement, ce semble, se placer sous la discipline de la même méthode pour arriver au but qu'elles se proposent dans leurs laborieuses recherches? Plusieurs se sont posé cette question, mais ne l'ont, suivant nous, qu'incomplétement résolue : quand, en effet, on a assigné pour causes à la différence que nous signalons, de nombreux préjugés sur l'isolement où la physiologie doit se tenir des sciences exactes, une répugnance extrême pour les expériences faites sur les animaux, la prétendue impossibilité d'en appliquer les résultats à l'homme, l'ignorance à peu près totale de la manière de procéder pour trouver la vérité, l'attachement aux anciennes idées, toujours protégées par l'insouciance et la paresse, l'esprit de passion tenace que les hommes mettent à conserver leurs erreurs; quand, disons-nous, on signale de tels obstacles à l'introduction, dans l'étude de la physiologie et de la médecine, de la méthode universellement appliquée depuis plus

d'un siècle au développement des sciences physiques, on n'a saisi qu'une partie de la vérité qu'on veut démontrer. En assimilant ainsi complétement, du point de vue où l'on se place, la médecine et les sciences physiques, on méconnaît dans la première un caractère essentiel qui la distingue profondément des secondes; tandis que celles-ci, en effet, n'ont affaire qu'à la matière, aux corps inorganiques auxquels s'applique comme d'elle-même la méthode expérimentale, la médecine, dans son application essentielle, fondamentale, se trouve constamment en face de l'homme auquel cette méthode d'abord ne s'applique pas d'une manière aussi simple, et auquel ensuite le médecin n'a pas le droit, en nous tenant dans les termes de la morale la plus élémentaire, de faire courir les aventures de l'expérimentation. Que la méthode expérimentale, avant de s'appliquer aux études biologiques, ait rencontré dans quelques-uns des hommes auxquels incombent ces études les obstacles que nous signalions tout à l'heure, d'après Magendie, nous nous garderons bien de le nier; mais il y a à côté de cet obstacle, et dans la conduite du médecin vis-à-vis de la science, un scrupule moral qu'on n'eût pas dû omettre : c'est le respect de la vie humaine, qui lui a fait préférer longtemps les expériences mal faites, mais toutes faites, de la tradition, aux enseignements peu complets, mais plus périlleux, d'un autodidactisme prématuré. La médecine n'a donc pas été jusqu'à hier cette science couarde et stupidement systématique qu'on nous représentait, il y a un instant, sous des traits si peu flattés. Il y a eu aussi quelque circonspection légitime, quelque souci de la vie et de la sensibilité de l'homme, dans sa lenteur à suivre le développement des sciences purement physiques, et c'est son honneur : nous aurions désiré qu'on ne l'oubliât pas, ce nous est un devoir de le rappeler.

Mais ce scrupule moral n'est pas le seul motif à invoquer, quand il s'agit de se rendre compte du développement inégal des sciences physiques et médicales, sous l'impulsion des nouvelles méthodes introduites dans le monde de la pensée. Ainsi que l'a remarqué Auguste Comte, en l'exagérant jusqu'à en faire une théorie qui embrasse tout le développement humain, il y a entre les sciences une sorte de loi d'évolution, qui subordonne nécessairement tel développement scientifique à tel autre, parce que l'un ne peut être conçu sans que l'autre soit démontré. Il en est ainsi assurément de quelques parties de la science biologique, envisagée dans son ensemble par rapport à quelques sciences collatérales qui projettent, sur un certain nombre de phénomènes qu'enveloppe la vie, une lumière

sans laquelle ils ne peuvent pas même être saisis dans leur réalité objective. Supprimez, par exemple, par la pensée, les conquêtes de l'une de ces sciences, la chimie, dans l'étude des corps auxquels elle s'applique, et du même coup, quel que soit le génie de l'illustre successeur de Magendie au Collége de France, vous lui rendez impossibles ses admirables découvertes : que dis-je ? le livre même dont nous allons nous occuper devient impossible. Mais en voilà assez, trop peut-être sur cette question préalable, à propos des *Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses*, qui ne la rappelaient point, ou au moins qui ne la rappelaient que comme un écho à peine distinct, et nous nous hâtons d'en venir à l'exposé sommaire de l'ouvrage de notre éminent physiologiste.

M. Claude Bernard, en reprenant ses leçons de médecine générale au Collége de France, après la mort de Magendie, crut pieusement devoir consacrer la première de celles-ci à l'appréciation de l'influence que cet éminent physiologiste exerça, pendant près d'un demi-siècle, sur les sciences médicales. Le livre dont nous nous occupons en ce moment s'ouvre très-heureusement par cette pieuse et lumineuse appréciation. Nul plus que le successeur et l'élève de prédilection de Magendie n'était à même de le faire revivre à nos yeux avec tous les traits de sa profonde originalité, avec toutes les tendances de sa personnalité excessive ; aussi ce portrait est-il à peu près complet ; si l'on y trouve quelques lacunes, il ne faut s'en prendre qu'à une discrétion de bon goût du peintre, et qu'ailleurs peut-être on eût bien fait d'imiter. Comme tous les hommes qui sont appelés à exercer une profonde influence sur leurs contemporains, Magendie fut absolu dans ses tendances et marcha dans sa voie aussi imperturbablement que l'aiguille aimantée se tourne vers le nord ; cet éclectisme prudent, qui s'allie si bien aux infirmités de l'esprit humain, qu'il semble tout le bon sens, il ne le comprenait pas plus que l'aimant, s'il avait le sentiment de l'activité, qui le constitue comme force, ne concevrait une autre tendance que la sienne : esprit tout d'une pièce, le laborieux professeur du Collége de France ne comprenait la marche, le développement de la science médicale qu'à une condition, c'est qu'elle expérimentât et qu'elle recueillît religieusement les résultats de l'expérience : quant à la pensée pure, quant au raisonnement même, il s'en défiait, il les proscrivait. M. Bernard rapporte à cet égard un mot de l'infatigable expérimentateur, qui traduit, sous une forme originale et piquante, cette horreur instinctive de Magendie pour tout ce qui tient à l'exercice de la pensée et du raisonnement dans l'évolution des sciences.

« Chacun, disait-il un jour, se compare dans sa sphère à quelque chose de plus ou moins grandiose, à Archimède, à Newton, à Galilée, à Descartes, etc. Louis XIV se comparait au soleil. Quant à moi, je suis beaucoup plus humble, je me compare à un chiffonnier; avec mon crochet à la main et ma hotte sur le dos, je parcours le domaine de la science et je ramasse ce que je trouve. » On ne peut, en effet, se mieux traduire, avec ses qualités et ses défaillances. Mais est-ce là tout l'homme? non, pas plus que la science n'est toute dans ces chiffons dont on parle. Mais en voilà assez sur ce point; ce n'est point de Magendie qu'il s'agit ici, il s'agit d'un homme plus complet qui, lui aussi, *chiffonne*, mais ne s'interdit pas la faculté de penser, au grand avantage de la science, sur laquelle il a jeté de si vives lumières.

Il nous serait impossible, sans dépasser de beaucoup les limites dans lesquelles nous sommes forcé de nous renfermer, de suivre pas à pas le savant professeur dans les leçons toutes pleines d'intérêt qui composent le volume que nous avons en ce moment sous les yeux; nous préférons, dans l'intérêt même des vérités que ces leçons ont mises en pleine lumière, dans l'intérêt surtout des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, que nous voudrions conquérir à ce haut et fécond enseignement, nous préférons, disons-nous, en détacher quelques vérités, qui marquent bien l'esprit suivant lequel la physiologie et la médecine y sont comprises, et qui, en même temps, laissent pressentir, quand elles ne l'atteignent, le but élevé auquel tend cet enseignement original, dans l'élaboration progressive de la science. Dans cet ordre d'idées, rappelons d'abord celles de ces leçons dans lesquelles M. Claude Bernard apprécie les théories diverses, à l'aide desquelles on s'est tour à tour efforcé d'expliquer l'action médicamenteuse ou toxique dans l'organisme vivant. Dans cette étude, M. Claude Bernard ne s'arrête pas à faire miroiter aux yeux du lecteur une foule de conceptions malencontreuses, dont s'amusa la science alors qu'elle en était encore à bégayer ses premiers mots; il arrive de suite à l'époque de sa virilité, et montre que ces théories sérieuses sont ou mécaniques, ou chimiques, ou vitales. Dans les théories de l'ordre mécanique il expose, avec la netteté qui caractérise à un si haut degré son enseignement, les expériences ingénieuses de M. Poisseuille, sur le mouvement des liquides dans des canaux fermés et de dimensions variables; puis les recherches patientes de Dutrochet, et qui ne sont déjà plus exclusivement mécaniques, sur l'endosmose des liquides et des gaz. Nous disons que le savant professeur du Collége de France, dans cette

partie de son livre, expose surtout cet ordre d'idées; mais ajoutons de suite que ce n'est point là une pure et simple exposition : expérimentateur habile, critique plein de sagacité, M. Claude Bernard ne pense en quelque sorte que la coupelle à la main, et contrôle toutes les expériences qu'il annonce. A qui voudra s'édifier complétement sur ces théories mécaniques, nous ne saurions donc indiquer un livre où la part de l'erreur ou de la vérité soit faite plus judicieusement. Les mêmes remarques s'appliquent aux leçons dans lesquelles le professeur expose les théories qui pénètrent plus profondément dans l'intimité des phénomènes, et qui, par conséquent, approchent plus près de la vérité, quand elles ne l'atteignent pas au moins partiellement : nous voulons parler des théories chimiques. A propos de ces deux théories, M. Bernard s'élève avec force contre ces mystiques de la physiologie qui, dans leur conception fantastique de la vie normale ou pathologique, déclarent que les phénomènes par lesquels se révèle cette double vie sont complétement indépendants des lois physiques ou chimiques. C'est là une erreur qui tend à immobiliser la science dans une véritable impasse, et dont il s'efforce avec raison de la dégager. Le professeur du Collége de France estime donc qu'il se passe dans l'organisme vivant, et des phénomènes physiques et des phénomènes chimiques; mais il estime en même temps que dans une foule de cas c'est en vain qu'on tenterait de les préciser, comme on le fait dans le monde inorganique, en leur appliquant les formules mathématiques, par exemple.

Maintenant, pourquoi ces phénomènes ne se montrent-ils pas ici avec la simplicité qu'ils présentent, lorsqu'ils se produisent ailleurs? C'est que, derrière ces phénomènes, il y a une force qui se les subordonne et les coordonne en vue d'un but à atteindre; cette force, c'est la force vitale, dans la pensée de M. Claude Bernard, le système nerveux. Le professeur du Collége de France a institué une foule d'expériences qui établissent péremptoirement la réalité de cette force au sein de l'organisme, et son influence en dehors de toute action physique ou chimique. Les agents de ces expériences sont nombreux, nous ne ferons que les rappeler ici : ce sont la strychnine, la nicotine, la morphine, l'acide prussique, le sulfocyanure de potassium, le curare, etc. Quand ces agents sont employés à certaines doses et dans certaines conditions, ils tuent sans laisser aucune trace de leur action dans les organes. En présence de ces faits, en présence de cet organisme intact, et où la vie s'est éteinte cependant, n'est-il pas évident que les influences purement physiques ne suffisent pas à expliquer le jeu normal de la vie? Nous aurions dé-

siré que M. Claude Bernard, qui comprend si bien la haute signification de ces faits, les eût rapprochés d'un fait d'un autre ordre, du germe, de l'œuf fécondé d'où bientôt jaillira la vie. Dans les premières expériences, nous voyons la vie absente en face d'un organisme intact; ici, c'est la vie, au contraire, avec toute l'énergie de la virtualité, en face de l'organisme absent, en face de la matière amorphe : la vie, en présence de ces faits, peut-elle être conçue autrement que comme une force essentiellement distincte des forces cosmiques auxquelles elle n'emprunte qu'une forme purement temporaire et accidentelle?

Nous avons été si heureux de rencontrer, dans l'ouvrage de l'éminent professeur du Collége de France, quelque chose qui se rapproche d'une doctrine où la vie est autre chose qu'une simple affaire de respiration, que nous n'avons pu résister au désir de signaler cette tendance dans l'homme sur lequel la physiologie expérimentale et la médecine elle-même fondent leurs plus belles espérances. Maintenant que nous arrivons au terme de cette notice, nous regrettons que force nous soit de laisser dans l'ombre tant de remarquables résultats consignés dans ce volume, où les expériences les plus ingénieuses sont commentées avec un esprit si ferme et si prudent à la fois; qu'il nous soit permis au moins, en finissant, de mettre en relief le fait capital, essentiel, qui ressort de ces études si fécondes, de ces expériences si admirablement conduites. Ainsi qu'il le dit quelque part, en mettant en contact avec l'organisme l'oxyde de carbone, la strychnine, le curare, le sulfocyanure de potassium, la nicotine, l'illustre professeur du Collége de France a montré qu'on pouvait, en quelque sorte, opérer une sorte de dissection physiologique de l'organisme : l'oxyde de carbone, en effet, détruit les globules du sang et les rend par là même complétement impropres à entretenir la vie; la strychnine et le curare détruisent le système nerveux sensitif et moteur; le sulfocyanure de potassium anéantit le système musculaire, enfin la nicotine porte son action sur le système circulatoire par l'intermédiaire des nerfs. Il faut lire, dans le livre même dont nous parlons, les expériences ingénieuses qui établissent tous ces faits, pour comprendre enfin ce que c'est que la physiologie ainsi conçue : c'est encore là qu'il faut lire un admirable résumé de la plus remarquable découverte de ce temps-ci, la fonction glycogénique du foie : là, partout, le lion se reconnaît à la griffe. Nous n'aurions pu résumer ces admirables choses que dans un trait effacé : cet aveu de notre impuissance sera, nous l'espérons, notre justification.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux observations de rétrécissement syphilitique de l'oesophage. — La rareté des faits de ce genre, jointe aux erreurs de diagnostic dont ils peuvent être le point de départ, nous engage à reproduire les deux observations suivantes que nous empruntons à un travail de M. F. West, chirurgien de Birmingham.

*Obs. I.* Jeune fille de vingt et un ans, faible et délicate, s'étant présentée plusieurs fois à la consultation de l'hôpital pour des accidents variés de syphilis secondaire. A une époque, elle a eu des troubles de l'audition et à la suite un écoulement purulent par l'oreille gauche, puis une nécrose de l'os temporal du même côté. A une autre époque, éruption cutanée squameuse, et pendant les six derniers mois elle avait souffert plus ou moins gravement du mal de gorge. Mère de deux enfants, elle était accouchée pour la dernière fois au mois d'octobre 1857, et depuis elle n'avait plus revu ses règles.

Cette jeune fille avait eu une blennorrhagie trois ans auparavant; mais elle niait avoir eu des chancres ou des bubons. L'écoulement n'avait duré qu'un mois ; il avait reparu quelque temps avant son accouchement : elle ne l'avait pas revu depuis. Douleurs rhumatoïdes dans les bras depuis longtemps, mais sans rhumatisme proprement dit.

Lorsqu'elle entra à l'hôpital de la Reine, le 18 mai 1858, elle se plaignait de ne pouvoir rien avaler : les aliments remontaient pendant l'acte de la déglutition ; c'est à peine si, deux fois dans les vingt-quatre heures, elle pouvait avaler sans trop de difficulté. Pas de douleur nulle part, excepté pendant la déglutition. La gorge était ulcérée, et l'ulcération avait envahi les amygdales, la gorge et le voile du palais ; sa surface était d'une couleur cendrée, avec des plaques rouges çà et là. Amaigrissement considérable ; anémie profonde, pouls faible ; langue nette, ventre libre, urines rares mais claires et naturelles. (Traitement : 25 centigrammes d'iodure de potassium dans 30 grammes de décoction de quinquina, trois fois par jour, et gargarisme à l'acide chlorhydrique. Bonne alimentation et 100 grammes de vin par jour.)

21 mai. Même position sous le point de vue de l'état de la gorge et de la facilité de la déglutition. (Traitement : toucher le fond de la gorge matin et soir avec une solution de nitrate d'argent, 5 centigrammes pour 30 grammes, et gargarisme avec le borax.)

Ce traitement fut continué jusqu'au 28 mai sans succès. L'affaiblissement fit des progrès et l'ulcération de la gorge augmentait en étendue, tandis que la déglutition devenait de plus en plus difficile ; les aliments ne passaient qu'à grand'peine, et une sonde œsophagienne d'un petit volume ne put franchir le rétrécissement. La gorge fut touchée tous les jours avec le *linimentum æruginis*, l'iodure de potassium remplacé par la quinine, à la dose de 15 centigrammes trois fois par jour, avec un peu de morphine, le soir en se couchant.

Pendant quelques jours, le liniment sembla apporter du soulagement et la malade put avaler les liquides avec un peu plus de facilité. Néanmoins les forces diminuaient, et il lui était impossible de continuer la quinine, parce que la tête en était affectée.

Tous les jours des tentatives furent faites pour passer une sonde de gomme élastique, et bien que le rétrécissement ne fût pas traversé, cependant, lorsque la compression eut été faite pendant quelques minutes, la malade trouva qu'elle avalait beaucoup mieux après quelques heures. La quinine fut remplacée le 19 juin par le citrate de quinine et de fer, à la dose de 25 centigrammes trois fois par jour, et le *linimentum æruginis* (¹) par un gargarisme composé de parties égales d'eau et de liqueur de bichlorure de mercure. Pas d'amélioration.

La malade s'affaissait de plus en plus, et la maladie de la gorge ne paraissait pas ralentir ses progrès. En conséquence, malgré son état de faiblesse, et quoiqu'elle eût déjà pris à plusieurs reprises des préparations mercurielles, M. West se décida à lui administrer 10 gouttes de bichlorure de mercure dans une décoction de quinquina trois fois par jour et à faire faire des frictions mercurielles dans l'aisselle. Le 28 juillet les gencives étaient ramollies; le traitement mercuriel fut suspendu. Une amélioration de quelques jours suivit: la déglutition était devenue moins douloureuse et moins difficile. La malade demandait de l'ale et du cidre, et disait qu'elle les avalait mieux que le lait et les autres liqueurs; on lui accorda aussi de l'eau-de-vie et des œufs.

6 août. La malade est revenue à son premier état; elle reste des heures entières sans pouvoir rien avaler, tout effort de déglutition étant accompagné des efforts et des spasmes les plus douloureux. De petits vésicatoires restèrent sans effet; à la fin d'août, on ne parvint à lui procurer un peu de soulagement qu'en introduisant une bougie jusque sur le rétrécissement; car de le franchir il ne pouvait être question. Tout indiquait que la fin approchait, et l'on songea un instant à la gastrotomie; mais la découverte de tubercules ramollis au sommet des deux poumons fit abandonner cette idée, et la malade succomba épuisée, le 2 septembre. L'autopsie, en confirmant le diagnostic de phthisie pulmonaire porté dans les derniers temps, vint révéler vers l'œsophage les altérations suivantes: la portion supérieure de l'œsophage, dans une longueur de 4 pouces, était fortement dilatée, la membrane muqueuse épaissie et marquée de points qui avaient l'aspect de cicatrices récentes. A cette distance de l'extrémité supérieure, ce canal était rétréci tout d'un coup et se terminait en un étroit canal qui aurait eu peine à laisser passer une sonde du numéro 4. Cette portion rétrécie, qui avait 2 pouces et demi de long, était formée par l'épaississement de la membrane mu-

(¹) Caustique peu énergique, employé en Angleterre pour toucher les ulcérations syphilitiques et autres de la gorge, du voile du palais, etc. En voici la préparation: vert-de-gris en poudre, 30 grammes; vinaigre, 225 grammes; miel, 450 grammes; faites dissoudre le vert-de-gris dans le vinaigre; passez à travers un linge; ajoutez le miel et faites bouillir jusqu'à consistance convenable.

queuse et par un dépôt fibreux, sous la forme de bandes ou de brides, ayant beaucoup de l'aspect des vieux rétrécissements de l'urètre. Au-dessous de ce point, l'œsophage était parfaitement sain, jusqu'à sa terminaison dans l'estomac.

*Obs. II.* Une pauvre fille, petite et d'un aspect agréable, brune et d'un tempérament nerveux, fille de parents sains, avait été séduite à l'âge de quinze ans. Bientôt après elle quittait la maison paternelle, et un an ne s'était pas écoulé qu'elle était affectée de syphilis : un bubon se forma et suppura ; un écoulement vaginal se prolongea pendant un an, et tout ce temps elle resta sans aucun traitement. Elle retourna alors chez elle, dans un état de faiblesse et de prostration extrême ; le mercure lui fut administré et sa santé s'améliora, sous l'influence d'une bonne alimentation et du repos.

Des symptômes secondaires ne tardèrent pas à se manifester, et depuis cette époque la malade n'avait jamais été entièrement débarrassée. Presque toutes les variétés d'éruptions cutanées syphilitiques, rupia, lupus, acné, vinrent l'assaillir successivement ; elle eut des exostoses en plusieurs endroits, une carie du crâne et de l'os unguis, avec fistule lacrymale à la suite. Elle avait eu des maux de gorge fréquents à la luette, et les amygdales avaient été détruites. Le voile du palais et la voûte palatine avaient été criblés d'ulcérations et par suite perforés en plusieurs points. Dans les derniers temps, aphonie par suite de complication vers le larynx, et depuis un an dysphagie plus ou moins intense. Pendant tout cet intervalle, les forces ont été graduellement en diminuant, et la malade n'est plus que l'ombre d'elle-même. Pour le moment, il lui est impossible d'avaler des aliments solides; souvent même, plusieurs jours de suite, les liqueurs refusent de passer et refluent par le nez et par la bouche. La gorge est d'une couleur gris cendré, couverte d'un mucus écumeux ; elle porte les traces de cicatrices anciennes et récentes. Toute la paroi postérieure du pharynx est détruite ; une membrane cicatricielle, mince mais dense, recouvre seule la colonne vertébrale. Dans l'œsophage, à quatre pouces de profondeur, il existe un rétrécissement très-sensible au passage d'une sonde œsophagienne d'un volume moyen, mais une sonde du numéro 12 passe presque sans obstacle et en éprouvant seulement un ressaut. La malade est soulagée par l'iodure de potassium, qu'elle prend à la dose de 75 centigrammes en trois fois, et par les gargarismes acidulés avec l'acide hydrochlorique; mais il reste cependant peu d'espoir relativement à un rétablissement complet.

Ces deux faits ne laissent aucun doute relativement à l'existence d'une espèce particulière de rétrécissement, d'origine syphilitique. Il faut cependant ici faire une distinction qui a bien son importance : ces rétrécissements ne paraissent être autre chose que le résultat d'ulcérations qui ont été remplacées par des cicatrices vicieuses et difformes ; autrement dit, ces rétrécissements ne diffèrent

en rien de ceux qui pourraient être produits par une brûlure ou par une cause mécanique quelconque. Ce qui semble même plus probable, c'est que le rétrécissement ne commence à manifester sa présence que lorsque la cicatrisation est complète. On ne comprend donc pas trop, dans les cas de ce genre, l'emploi d'un traitement spécifique, à moins que ce ne soit pour combattre d'autres complications ou manifestations syphilitiques encore en pleine activité. Ces rétrécissements nous semblent donc le plus souvent devoir être traités comme les autres par la dilatation, avec cette particularité cependant que la dilatation doit être continuée pendant longtemps, les rétrécissements de ce genre étant fibreux et se resserrant inévitablement, à la manière des cicatrices. Les deux faits qui précèdent montrent du reste que c'est là une des manifestations les plus redoutables de la syphilis.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Bromure de potassium** (*Propriétés thérapeutiques du*). D'après les recherches de M. Huette, l'administration du bromure de potassium produit la prostration des forces, la difficulté des mouvements, la diminution de la sensibilité générale, de celle des organes des sens et de l'intelligence, l'anesthésie de la muqueuse du palais et du larynx, et une torpeur plus ou moins complète des organes génitaux. M. Thielmann a mis à profit les effets physiologiques de ce sel qu'il a administré avec succès dans le traitement des érections douloureuses, du satyriasis et de la spermatorrhée. Le docteur Pfeiffer en a obtenu les mêmes résultats. Il a prescrit avec succès le bromure de potassium contre les érections anormales, les pollutions trop fréquentes, la névralgie du col de la vessie, le catarrhe de la muqueuse des voies urinaires, et la gravelle. L'efficacité contre ces dernières affections, attribuée par M. Miebiels à l'eau minérale de Kreusnach, est due à la grande quantité de bromure de potassium et de magnésium que cette eau renferme. M. Pfeiffer administre le bromure de potassium à la dose de 50 centigrammes, en l'élevant progressivement à celle de 2 à 3 grammes; il la donne en deux doses matin et soir, ou à doses réfractées pour les personnes impressionnables à l'action de ce médicament.

Dans deux cas l'auteur a observé, comme effets physiologiques, le coryza et la céphalalgie frontale que l'on observe parfois pendant l'usage de l'iodure de potassium. Dans un cas, il a noté une sensation douloureuse vers le grand cul-de-sac de l'estomac et de la diarrhée, phénomènes qui ont disparu par l'emploi de l'opium associé au bromure. (*Schmidt's Jahrb.* et *Annales de Roulers*, n° 22, 1860.)

**Céphalæmatome des femmes** (*Nouvel exemple d'un*). Dans une note soumise, il y a quelques années, à l'Académie des sciences, M. Mongeot a fait connaître une espèce particulière de tumeurs auxquelles il a donné le nom de *céphalæmatome des femmes*. M. le docteur Michaud, de Chambéry, a observé depuis une tumeur semblable sur une jeune fille de seize ans, des plus fortement constituées. La malade présentait les symptômes suivants : tumeur du cuir chevelu survenue spontanément à la région occipitale droite, avec sensation manifeste de fluctuation simulant à s'y méprendre un abcès; sensibilité locale très-prononcée, douleurs lancinantes, céphalalgie intense, fièvre, insomnie. L'imminence de l'irruption menstruelle était, comme dans tous les cas de ce genre, une indication précise. La médication fut dirigée dans ce sens et la fluxion utérine substituée à celle de

l'occiput, qui céda complétement en peu de jours à l'usage de l'aloès et de fomentations sinapisées sur les extrémités inférieures. (*Compte rendu des trav. de la Soc. méd. de Chambéry*, 1859.)

---

**Céphalotripsie** *répétée*; *ses avantages*. M. Pajot a fait d'importantes modifications au procédé ordinaire de la céphalotripsie. Le quatrième temps, qui consiste à faire l'extraction, en opérant des tractions, lui paraît trop dangereux, car des esquilles sortent souvent à travers les parois du crâne et peuvent blesser les parties maternelles. Il le supprime. Le broiement fait, il se contente d'imprimer à la tête un léger mouvement de rotation avec le céphalotribe, puis il désarticule les branches et retire l'instrument, abandonnant le travail à la nature, qui quelquefois achève l'opération, le volume de la tête ayant été considérablement diminué.

S'il n'en est pas ainsi, au bout de deux ou trois heures, il introduit de nouveau l'instrument, broie de nouveau dans un autre sens et retire encore le céphalotribe, après avoir encore imprimé à la tête un nouveau mouvement de rotation, mais sans tirer. En un mot, par la nouvelle méthode, on opère le broiement autant de fois que cela est nécessaire; et, après chaque broiement, on attend. Le nombre des reprises varie suivant le degré du rétrécissement, l'énergie des contractions utérines, etc. Dans un cas, M. Pajot a dû reproduire jusqu'à huit fois cette expérience.

La céphalotripsie répétée a déjà été appliquée quatre fois par son auteur et toujours avec succès. M. Pajot pense que cette méthode pourra, dans un bon nombre de cas, remplacer l'opération césarienne. Sa limite est la largeur des mors du céphalotribe. Si même on confiait à ce professeur la grossesse d'une femme arrivée à son huitième mois, et qui n'aurait que quatre, que trois centimètres de diamètre antéro-postérieur, il ne désespérerait pas encore. Il ferait faire un instrument proportionné et réduirait l'enfant en pulpe, pour ainsi dire, afin de le faire passer à travers cette filière. (*France médicale* et *Gaz. de Lyon*, avril 1860).

---

**Chorée** (*De la valeur du zinc, du fer et de l'arsenic dans le traitement de la*). M. le docteur Stone a fait des expériences comparatives sur l'efficacité du sulfate de zinc, des préparations de fer et de l'arséniate de potasse dans le traitement de la chorée. Voici les résultats qu'il a obtenus: 16 cas de chorée furent traités par le sulfate de zinc élevé progressivement à la dose quotidienne de 1 à 6 grains; de ce nombre 13 guérirent et 3 n'obtinrent qu'une amélioration. La plus longue durée du séjour à l'hôpital fut de 123 jours, la plus courte de 24, la moyenne de 44,6. Le traitement a été continué en moyenne pendant 29 jours; il a été au minimum de 24 et au maximum de 36 jours. — 14 furent soumis aux préparations martiales et guérirent sous l'influence de ce traitement. La durée du séjour à l'hôpital fut de 161 (maximum), 6 (minimum), et 44,2 jours (moyenne).—Des 20 choréiques traités par l'arséniate de potasse, 18 guérirent, 1 obtint de l'amélioration et 1 autre mourut. Le séjour à l'hôpital est représenté par les chiffres de 55 (maximum), 6 (minimum), et 26, 3 jours (moyenne).

Il semble résulter de ces données statistiques que parmi les trois genres de remèdes, le zinc est celui qui jouit de l'efficacité la moins sûre; que les préparations de fer l'emportent sur le zinc; que l'arsenic, enfin, agit plus efficacement et plus rapidement que le zinc et le fer. L'auteur fait la remarque que les cas traités par l'arsenic étaient précisément les plus graves. (*Schmidt's Jahrbücher* et *Annales de Roulers*, n° 22, 1860.)

---

**Cinchonine** (*Sulfate de*); *nouvelles expériences venant témoigner de ses propriétés fébrifuges*. L'administration de l'assistance publique ayant reçu en don une quantité considérable de sulfate de cinchonine, M. le directeur a prié les médecins des hôpitaux de vouloir bien profiter de cette occasion pour faire des expériences décisives, quant à la valeur du sel de cinchonine comparée à celle du sulfate de quinine. M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Beaujon, s'est mis à l'œuvre, et des expériences faites chez vingt-trois malades affectés de fièvre intermittente bien caractérisée il a composé un mémoire qu'il a soumis à la sanction de l'Académie. Voici les conclusions de M. Moutard-Martin; elles sont acceptées par M. Bouchardat, rapporteur de la Commission de l'Académie chargée de l'examen de ce travail, et qui, comme nous, s'efforce depuis longtemps de faire entrer ce

médicament dans la pratique courante :

« 1° Le sulfate de cinchonine administré contre la fièvre intermittente a une action incontestable, mais variable ; 2° quelquefois son action est rapide, et il coupe les accès comme le sulfate de quinine ; d'autres fois elle est lente, quelle que soit la dose administrée, et les accès s'épuisent petit à petit ; 3° la dose du sulfate de cinchonine doit toujours être plus forte, au moins d'un tiers, que celle du sulfate de quinine ; 4° pour obtenir une action curative du sulfate de cinchonine, il faut employer une dose variant, suivant les individus, de 60 centigrammes à 1 gramme ; 5° à cette dose, il détermine souvent quelques effets physiologiques qu'il ne serait pas prudent de dépasser ; 6° l'action thérapeutique du sulfate de cinchonine n'est pas en proportion de son action physiologique, car il guérit quelquefois sans que les malades aient senti cette action ; dans d'autres cas où l'action physiologique est énergique, l'action thérapeutique manque ; 7° le sulfate de cinchonine ne peut pas remplacer le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes un peu graves ; 8° le sulfate de cinchonine peut devenir un précieux adjuvant du sulfate de quinine, en complétant la cure commencée par une dose de sulfate de quinine. Ce procédé réunirait la sûreté du traitement et l'économie. » (*Compte rendu de l'Académie de médecine*, mars 1860.)

**Enrouement** *des chanteurs* (*Traitement prophylactique de l'*). Boire pendant cinq ou six jours, deux fois dans la journée, 5 ou 6 gouttes d'acide nitrique dans un verre d'eau sucrée. Si la fonction s'habitue à l'influence de ce médicament, de façon que, par la suite, il perd son efficacité primitive, on peut porter progressivement la dose à 10 et 11 gouttes. « Cette formule, dit M. Diday, vient d'un artiste auquel elle a rendu de signalés services et qui, en échange, ne nous a demandé que de taire son nom. Sera-ce trahir l'incognito que d'ajouter, pour édifier le lecteur sur l'efficacité de ce remède, qu'il nous a été communiqué par le premier ténor de notre époque ? » (*Gaz. méd. de Lyon*, 1860.)

**Ergot de seigle.** *Danger de l'administrer dans le cas de rétention du délivre.* Ce n'est pas seulement dans l'accouchement proprement dit que l'administration intempestive du seigle ergoté est dangereuse, c'est encore pour la délivrance qu'elle peut aussi avoir de sérieux dangers. Dans le cas de rétention du délivre, après l'accouchement à terme, ou même à huit ou à sept mois, c'est aller contre le but qu'on se propose que d'administrer le seigle ergoté. Telle est la proposition formulée par M. le docteur Pajot à la clinique d'accouchement ; voici dans quelles circonstances :

Une jeune femme délicate, maladive, est accouchée en ville ; elle n'a pu être délivrée. Des tractions ont été faites sur le cordon, mais le cordon était grêle, il s'est rompu. On pensa dès lors qu'il était indiqué de prescrire l'ergot de seigle ; on en fit prendre 2 grammes. Sous l'influence de ce médicament, l'utérus se contracta assez énergiquement ; mais le placenta ne fut point expulsé, et, cet état de choses persistant, la malade fut amenée à la clinique. Le toucher, pratiqué par M. Pajot, permit de constater que le col de l'utérus s'était refermé ; sa cavité admettait à peine le doigt, et en portant celui-ci plus profondément, on sentait au-dessus de l'orifice interne ou supérieur une portion du délivre. Dans ces conditions, il n'y avait pas d'inconvénients à attendre, puisque le placenta était frais ; M. Pajot s'abstint donc de toute intervention active. Mais, à partir du troisième jour, il fallut renoncer à l'espoir de voir l'utérus se débarrasser de l'arrière-faix. Le col restait toujours dur, et l'issue d'un liquide lochial odorant fit considérer le cas comme des plus graves.

Ce qu'il y aurait eu à faire au début, après les premières heures d'attente et surtout dès le moment de la rupture du cordon, c'était d'introduire la main, ce qui eût été aisé pendant que le col était encore largement ouvert, et d'aller détacher et extraire le placenta. Au lieu d'agir ainsi, on a donné le seigle ergoté qui n'a pas amené l'expulsion du placenta et qui, en déterminant le retrait de la matrice sur elle-même, a rendu toute manœuvre ultérieure impossible.

Dans les cas de ce genre, M. Pajot s'est servi d'un instrument spécial qui réussit bien lorsqu'il s'agit d'une rétention du placenta à trois, quatre ou cinq mois de grossesse. C'est une curette construite sur le même principe que la curette articulée de M. Leroy d'Étiolles pour extraire les corps étrangers de l'urètre. On l'introduit droite, puis, une fois au fond de l'utérus, sa

partie mobile est recourbée à l'aide d'un curseur et d'une vis, et forme une raclette dont on se sert pour accrocher le délivre ou le dilacérer, de manière qu'il suffit ensuite de faire des injections d'eau tiède dans l'utérus pour favoriser la sortie des parties désagrégées. Ici la chose n'a pas été possible, et la malade, épuisée par la fatigue et peut-être par un commencement de résorption putride, a succombé à la fin du quatrième jour. M. Pajot s'est promis, si pareil cas se présentait de nouveau, d'appliquer au traitement de la rétention du délivre les douches utérines, dont l'efficacité est constatée chez les femmes dont la conformation vicieuse autorise la provocation de l'avortement. Deux ou trois douches réussiraient probablement dans ce cas. Peut être réussirait-on de même à entraîner d'abord des débris putrides, puis à effacer le col et à le dilater à un degré suffisant pour permettre l'introduction de la pince à faux germe. (*Moniteur des sciences*, mars 1860.)

---

**Lunettes** (*Prolapsus spontané du cristallin; troubles de la vue; guérison par l'usage des*). Le fait suivant est un nouvel exemple de l'utilité de l'ophthalmoscopie pour le diagnostic des lésions de l œil et l'indication des moyens de traitement qu'elles peuvent réclamer.

Un instituteur de village, âgé de trente-trois ans, avait eu, dans son enfance, une inflammation de l'œil droit, lequel depuis lors était devenu impropre à la vision. Il se rappelait qu'à cette époque on lui avait proposé de pratiquer une opération pour extraire de l'œil un corps étranger. Il continuait ses occupations pénibles, en se servant de l'œil gauche. Mais comme il était myope, il était obligé de recourir à l'usage des lunettes à verres concaves. Toutefois, depuis quelque temps, à la suite d'une fatigue excessive de la vue, il fut obligé d'employer des lunettes de presbyte, à verres convexes; et même l'incommodité augmenta peu à peu au point que, malgré le secours de ces lunettes, il ne pouvait plus distinguer les objets. A l'examen simple, les globes oculaires, surtout le gauche, paraissent volumineux; la pression y décèle une fluctuation, signe de synchisis; l'iris oscille et ondule d'avant en arrière dans les mouvements de l'œil; le phosphène nasal se produit promptement; la pupille est restée contractile.

Cette exploration, qui révélait le ramollissement du corps vitré, laissait inexpliqué le fait de la conversion presque subite de la myopie en presbytie. L'ophthalmoscope donna la clef de ce mystère en montrant d'abord dans l'œil droit, outre diverses altérations, un corps blanc perlé s'élevant, durant le mouvement, du fond de la chambre antérieure: c'était le cristallin. — Quant à l'œil gauche, en le faisant diriger en bas, on vit surgir un corps rond, transparent, offrant tous les caractères du cristallin luxé, qui remonta au point d'occuper la moitié du champ pupillaire, et retomba dès que le malade reporta son regard en haut. La surface de la choroïde était pauvre en pigment, ses vaisseaux ainsi que ceux de la rétine étaient anémiques et grêles. La moitié externe de la pupille était rouge, congestionnée. L'humeur vitrée présentait divers corps mobiles, oscillant durant les mouvements.

Cet homme avait déjà été traité par plusieurs médecins pour une *amaurose torpide*, et l'insuccès des médications lui faisait craindre de ne pouvoir plus remplir sa place. M. Quagliuo, qui rapporte ce fait, mieux éclairé sur la nature du mal, conseilla l'usage des mêmes verres que pour un opéré de cataracte, c'est-à-dire des lentilles n° 3. Le malade fut tout extasié de constater qu'il pouvait à l'instant distinguer les caractères même les plus fins. (*Giorn. d'oftalmotog. ital.* et *Gaz. méd. de Lyon*, mars 1860.)

---

**Propylamine**. *De son emploi dans les rhumatismes*. Le docteur Awénarius, de Saint-Pétersbourg, est le premier qui ait songé à employer cette substance en médecine. Dans l'espace de deux ans, 1854 à 1856, il a traité avec succès plus de 250 malades atteints de rhumatismes aigus ou chroniques. Dans les cas de rhumatisme aigu il affirme que la douleur et la fièvre ont constamment disparu dès le lendemain de l'administration du remède. Voici sous quelle forme il l'administrait :

Propylamine.......... 20 gouttes.
Eau distillée.......... 180 grammes.

Ajoutez, si c'est nécessaire :

Oléo-saccharure de menthe poivrée.............. 3 grammes.

Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

L'emploi médical de la propylamine tendant à se répandre de plus en plus

en Amérique, M. W. Procter a pensé qu'il y aurait quelque intérêt à fixer les idées des pharmaciens sur les propriétés de cette substance et sur son mode de préparation.

La propylamine a été découverte par Wertheim, en 1850 On peut l'obtenir soit artificiellement, en faisant agir l'ammoniaque sur le propylène iodé; soit naturellement, en l'extrayant, par divers procédés, des substances où elle se trouve naturellement contenue. Elle se rencontre, en effet, dans les fleurs d'aubépine (*cratægus oxyacantha*), dans les fruits du sorbier (*sorbus aucuparia*), enfin dans le *chenopodium vulgare*. Mais la source la plus abondante et la plus facile à exploiter est la saumure de hareng, qui la renferme en quantité notable, à l'état de combinaison avec un acide, duquel on la sépare par distillation avec la potasse.

La propylamine est un liquide incolore, transparent, doué d'une odeur forte qui rappelle celle de l'ammoniaque. Elle se dissout dans l'eau et présente, même à l'état de dissolution étendue, une forte réaction alcaline. Elle sature bien les acides et forme des sels cristallisables. Comme l'ammoniaque, elle produit des fumées blanches à l'approche d'un tube imprégné d'acide chlorhydrique.

La composition est $C^6 H^9 Az$ et peut se représenter par 1 équivalent de propylène et 1 équivalent d'ammoniaque, $C^6 H^9 + Az H^3$.

La propylamine se prépare en introduisant dans une cornue ou un vase distillatoire quelconque une certaine quantité de saumure de hareng, y mêlant assez de potasse pour rendre le liquide fortement alcalin, et adaptant aussitôt un récipient condensateur contenant de l'eau bien refroidie. On chauffe, et on continue la distillation tant que le liquide qui passe exhale l'odeur de hareng.

L'eau du récipient contient à la fois de l'ammoniaque et de la propylamine. On sature par l'acide chlorhydrique ,et on évapore à une douce chaleur jusqu'à siccité. On épuise ensuite la masse cristalline par l'alcool absolu, qui dissout le chlorhydrate de propylamine et laisse le chlorhydrate d'ammoniaque.

Pour extraire la propylamine de son chlorhydrate on traite la solution alcoolique par l'hydrate de chaux ; mais il faut ici les plus grandes précautions pour refroidir et condenser les vapeurs qui se dégagent en abondance avant même qu'on ait eu recours à la chaleur.

Si l'on voulait extraire la propylamine du seigle ergoté il faudrait préparer l'extrait de cette substance connu sous le nom d'*ergotine*, et mêler à sa solution aqueuse une solution aqueuse de potasse caustique ; on distillerait le mélange avec précaution, et on recevrait les vapeurs dans un récipient contenant de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique. (*Journal de Pharm.* et *Gaz. de Lyon*, avril 1860.)

**Syphilis invétérées** (*Traitement arabique dans les*) *et dans plusieurs autres maladies diathésiques rebelles*. Le traitement dit *arabique* ou *diète sèche*, en honneur depuis environ un siècle et demi à Marseille, où il fut importé par un médecin arabe, n'est pas, à notre avis, aussi connu et aussi répandu qu'il mériterait de l'être. Aussi répondrons-nous avec plaisir à l'appel que M. le professeur Benoit, de Montpellier, vient de faire aux praticiens, en exposant sommairement les faits qu'il rapporte en témoignage de l'utilité de cette méthode de traitement, non-seulement dans les affections syphilitiques invétérées, mais encore dans d'autres maladies diathésiques également rebelles aux ressources habituelles de la thérapeutique.

Rappelons d'abord, pour ceux qui l'ignorent ou qui auraient pu l'oublier, en quoi consiste ce mode de traitement. Le traitement arabique consiste dans l'usage d'un opiat, de pilules, d'une tisane sudorifique et dans l'observation d'un régime particulier, désigné sous le nom de *diète sèche*.

1° *Opiat arabique.* — Salsepareille, 180 grammes ; squine pulvérisée, 90 grammes ; coquilles de noisettes torréfiées, 50 grammes ; girofle, 8 grammes ; miel, quantité suffisante : pour un opiat, dont la dose sera de 10 à 20 grammes matin et soir.

2° *Pilules arabiques.* — Racine de pyrèthre, séné et agaric pulvérisés, de chaque 60 grammes ; mercure coulant pur et deutochlorure de mercure, de chaque 30 grammes ; miel, quantité suffisante : pour une masse avec laquelle on fait des pilules de 20 à 30 centigrammes. On donne habituellement une pilule matin et soir.

3° *Tisane.* — La tisane est faite avec une décoction de salsepareille et de squine ; elle constitue la seule boisson du malade, qui en prend depuis un verre jusqu'à deux litres par jour.

4° *Diète sèche.* — Le régime sec exige

une proscription complète des aliments ordinaires et ne consiste qu'en galettes, noix, amandes sèches et torréfiées, figues et raisins secs.

Les maladies dans lesquelles M. Benoît a appliqué ce traitement sont de deux catégories distinctes : les unes étaient des affections syphilitiques bien caractérisées, les autres étaient étrangères à la syphilis, ou ne s'y rattachaient que par des rapports éloignés.

Il devra nous suffire d'indiquer ici le titre sommaire de ces observations.

*Obs. I.* Syphilis constitutionnelle consécutive à six blennorrhagies et à trois chancres. Insuccès de deux traitements mercuriels, de l'iodure de potassium et des eaux minérales. Traitement arabique : guérison.

*Obs. II.* Syphilis constitutionnelle invétérée, ulcères, périostose, douleurs ostéocopes. Insuccès des traitements ordinaires. Traitement arabique : guérison.

*Obs. III.* Syphilis constitutionnelle consécutive à deux chancres; rupia syphilitique; ulcères et exostoses. Heureuse influence des traitements ordinaires sur les lésions; persistance d'un état cachectique. Traitement arabique : guérison.

Dans ce fait, on a vu les symptômes syphilitiques disparaître sous l'influence des remèdes spécifiques ordinaires; mais ce n'a été qu'à l'aide du traitement arabique qu'on a pu combattre avec succès un ensemble de symptômes généraux cachectiques qui avaient précédé l'infection vénérienne et qui, après avoir persisté, s'étaient aggravés sous l'influence de cette infection.

Le même traitement a été appliqué avec les mêmes avantages dans des cas d'iritis syphilitiques, d'ulcérations rebelles du pharynx et du voile du palais, de syphilis tuberculeuse, d'ulcérations phagédéniques des régions inguinales.

M. Benoît a essayé le traitement arabique dans les affections purement scrofuleuses, et parfois, dit-il, avec un succès qui a dépassé ses espérances; il lui a aidé à combattre efficacement des teignes anciennes qui avaient résisté à tous les moyens. Il a eu enfin un très-heureux résultat dans un cas de névralgie dentaire extrêmement rebelle et qui avait persisté pendant dix-sept années.

Dans le traitement de certaines scrofules, M. Benoît a essayé de donner le traitement arabique modifié. Ainsi, suivant les indications particulières, les sels mercuriels qui entrent dans sa composition ont été remplacés par le fer, l'oxyde et le muriate d'or, le quinquina, les amers, le soufre, etc.

Parmi les circonstances qui repoussent l'usage de la diète sèche, M. Benoît signale comme contre-indications majeures l'enfance et la vieillesse. Le plus jeune des malades qu'il a traités par cette méthode avait dix-sept ans. Une irritation des voies digestives, un état de consomption commençant ou établi, une lésion grave d'un viscère important, et enfin la fièvre, quels que soient son type et ses caractères spéciaux, sont aussi autant de contre-indications formelles.

Enfin, dans une lettre adressée à cette occasion au *Montpellier médical*, M. le docteur Seux, de Marseille, déclarant qu'il partage entièrement les idées de M. Benoît sur les bons résultats de la diète sèche dans les maladies syphilitiques, rapporte à l'appui deux observations d'affections de nature douteuse, mais qu'il croit pouvoir qualifier de squirrheuses, qui ont cédé toutes deux à l'emploi de la diète sèche sans mercure. (*Montpel. médic.*, janv., fév. et mars 1860.)

---

# VARIÉTÉS.

---

## ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

### *Sur les appareils prothétiques destinés à prévenir la production des spasmes pendant l'exercice de la main, et spécialement la crampe des écrivains.*

Parmi les lésions du système musculaire appartenant à la vie de relation, les moins vulgarisées, sans contredit, sont celles que notre collaborateur, M. Duchenne, propose de désigner sous le nom de *spasmes fonctionnels*. La difficulté d'en fournir une explication physiologique, plus encore que la rareté du fait morbide (nous citerons pour preuve le bégayement, la crampe des écrivains, le

strabisme intermittent, etc.), a été la cause du silence des auteurs classiques. Nous pourrions ajouter à ce motif l'impossibilité où, jusqu'ici, l'on s'est trouvé de formuler un traitement efficace de ces accidents.

L'étude du fait pathologique que M. Duchenne vient de mettre sous les yeux de nos lecteurs nous dispense de nous arrêter de nouveau sur le côté dogmatique de la question; il n'en est pas de même du point de vue pratique, dont notre collaborateur a dit seulement quelques mots. Il attend que ses études spéciales lui aient suggéré la construction de nouvelles ressources prothétiques. Quant à celles que l'instinct des malades, ou la sagacité de ceux de nos confrères qui se sont occupés de venir en aide à ces infirmités, ont inventées, il n'en dit mot. Notre rôle de vulgarisateur nous porte à compléter son œuvre en exposant ici l'état de la pratique courante à l'égard de la construction des instruments destinés à prévenir la production du phénomène morbide, surtout pendant l'exercice de la main.

Parmi les divers spasmes musculaires provoqués par l'exercice de l'une des fonctions de la vie de relation, si le bégayement est le plus fréquent, par contre, le plus incommode est celui que nos confrères d'outre-Rhin ont désigné sous le nom de *Screibe-krampf.* Ce mot allemand que, par une élision, nous avons traduit par *crampe des écrivains*, signifie *crampe de l'écriture*, ou mieux *crampe qui survient en écrivant*. C'est également pour éviter une périphrase que M. Duchenne propose la dénomination de *spasme fonctionnel* au lieu de *spasme provoqué par l'exercice d'une fonction*. Quoi qu'il en soit de la valeur de ces diverses dénominations, le fait pathologique qu'elles expriment ne peut laisser aucun doute dans l'esprit et permettra aux praticiens d'indiquer, à ceux de leurs clients qui les consulteront désormais, les quelques secours consacrés par l'expérience, puisqu'on les leur aura fait connaître.

Là où la thérapeutique échoue encore, la science ne fait pas défaut à sa mission en signalant le moyen de prévenir la production d'un phénomène morbide, en attendant le moment où il lui sera possible de triompher de la cause qui le provoque.

Dans cette note il sera exclusivement question des accidents provoqués par l'action d'écrire, puisque les seuls modèles d'appareils prothétiques, destinés à prévenir les spasmes musculaires, ont pour but d'assurer cette fonction de la main. Le phénomène morbide qui vient l'interrompre n'est pas toujours le même. Tantôt c'est un spasme, simple contraction indolente affectant brusquement l'un des muscles qui maintiennent l'attitude du membre; d'autres fois une contraction continue, douloureuse même, qui a donné son nom à l'infirmité, la crampe, ou bien une série de contractions cloniques que M. Cazenave a désignée sous le nom de *tremblement oscillatoire*, enfin la paralysie. A ces formes diverses on doit en joindre une autre, celle qui résulte de la rupture de la synergie musculaire qui préside à la fonction d'écrire, que l'on pourrait dénommer le *bégayement des muscles de la main*, pour employer une expression qui rende compte de suite du phénomène morbide.

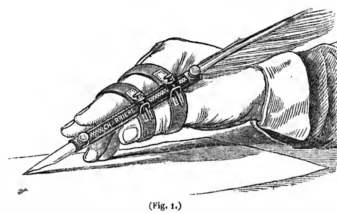
Au point de vue des ressources de la prothèse, le spasme et la crampe peuvent être réunis; les mêmes appareils préviendront la production de l'une aussi bien que celle de l'autre.

La fonction d'écrire est le résultat de deux actes musculaires, la préhension et le maintien de la plume par le pouce opposé à l'index et au médius, puis les mouvements successifs de ces doigts ou de la main, puis celui du membre entier. Le premier de ces actes, le maintien de la plume, qui exige la continuité

de la contraction musculaire, paraît, dans la plupart des cas, être surtout la cause qui provoque la crampe. De là, l'idée venue à toutes les personnes affectées de cette forme de crampe de donner à leur plume des dimensions considérables, en la fichant tantôt dans un bouchon, tantôt dans une pomme de terre, ou d'écrire avec un paquet de plumes. Mais ces artifices grossiers permettent de signer ou d'écrire quelques lignes, rien de plus. Ils sont précieux cependant : l'art en est encore à sa première période, l'empirisme le guide, et ses meilleurs enseignements lui sont fournis par les patients eux-mêmes. Il met ensuite à profit ces notions pour la construction des appareils prothétiques.

Ces appareils doivent remplir deux indications principales : immobiliser les doigts et donner à la main une attitude qui fasse appel à une synergie de muscles, autre que celle à laquelle sont confiés la tenue de la plume et les mouvements des divers segments du membre supérieur.

M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), qui s'est occupé avec un zèle des plus louables de parer aux effets de cette infirmité, a eu tout d'abord l'idée d'immobiliser les doigts à l'aide de liens constricteurs en caoutchouc. Ainsi, nous lisons dans son premier mémoire, publié en 1846, l'observation d'un employé, âgé de trente ans, qui était affecté d'un tremblement oscillatoire de la main droite, compliqué de crampes des muscles de l'éminence thénar, de sorte que le pouce ne pouvait tenir la plume. Comme le patient était obligé



(Fig. 1.)

d'écrire assez longtemps chaque jour, sous peine de perdre son emploi, il y parvenait en plaçant sa plume entre l'index et le médius, à l'instar des personnes qui ont perdu le pouce tout entier ou la phalange unguéale seulement [1]. « Je résolus, dit M. Cazenave, de recourir à un autre moyen qui me

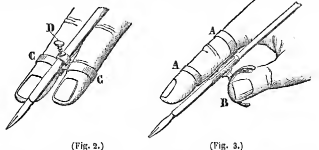
(1) Dans un cas de mutilation semblable, il est facile de parer à la perte de substance subie par le doigt, et de lui permettre de faire opposition aux premières phalanges de l'index et du médius ; on bourre avec du coton cardé la partie supérieure du pouce d'un gant que l'on adapte au doigt mutilé. Si la peau du gant est un peu ferme, il sera possible de tenir la plume, sinon on adapterait à cette extrémité du pouce un tendon artificiel destiné à maintenir l'opposition : ce tendon serait constitué par un ruban en tissu élastique fixé à l'extrémité interne et supérieure du doigt, puis contourné sur le côté externe du pouce et de son métacarpien, pour venir s'attacher à la manchette.

semblait devoir réunir deux avantages, l'un de permettre à M. X*** d'écrire sans fatigue et sans préoccupation, l'autre de combattre les tendances vicieuses du pouce en le contraignant à garder longtemps une position donnée, mais seulement en écrivant. » Nous reproduisons ici (p. 329) la figure de ce petit appareil contentif. Il consiste en un porte-plume armé de deux vis de pression et en deux cercles de caoutchouc vulcanisé, pourvus chacun d'une vis de rappel. « Cet appareil s'adapta très-facilement aux trois premiers doigts de la main de M. X***, et, après quelques jours d'exercice, il écrivait aussi facilement que lorsqu'il avait l'entière liberté de ses doigts. Après s'être servi pendant trois mois de ce procédé, une amélioration telle eut lieu, que le malade se crut guéri, et il écrivit sans le secours de son appareil. La cure ne fut pas de longue durée, il vit son infirmité se reproduire, et force lui fut de se soumettre à ne plus écrire qu'en recourant à l'expédient qui lui avait si bien réussi une première fois. » On le voit, M. Cazenave ne voulait pas seulement venir en aide à une infirmité, il tentait de la guérir en cherchant à rompre l'habitude morbide. Son essai thérapeutique n'a pas été couronné de succès, mais il n'en a pas été de même de l'usage de cet appareil au point de vue de la restauration de la fonction. Notre confrère cite un second cas dans lequel l'application de ces cercles contentifs a eu les mêmes résultats.

On connaît les bons effets de la compression directe des muscles comme moyen de prévenir et faire cesser les crampes. M. Cazenave a expérimenté ce moyen, et raconte plusieurs essais de l'emploi d'un brassard destiné à comprimer l'avant-bras au niveau du ventre des extenseurs du pouce ou de l'index, selon celui de ces muscles affectés. Un fait plus intéressant encore, à l'égard des effets de la compression, est celui d'un négociant de Bordeaux. Cet individu, âgé de cinquante-neuf ans, d'une constitution nerveuse, un peu *bègue*, subit des revers de fortune à la suite de la révolution de 1830. Trois années après, il commença à éprouver de la difficulté pour écrire. « Dès qu'il tenait sa plume, le pouce se portait involontairement en arrière, puis en dehors, et lâchait prise. Recommençant ainsi plusieurs fois de suite, il finissait par écrire assez mal et avec de si pénibles efforts qu'il en était malade. Dans certains moments le muscle n'obéissait pas à la volonté, lâchait la plume ou la tenait si peu serrée qu'elle tournait sur son axe et ne traçait que des lettres informes. Fait singulier, dès que quelque chose préoccupait M. X*** ou le distrayait, le pouce obéissait ; ses mouvements étaient normaux, s'harmonisaient avec ceux des autres doigts, l'écriture était facile, nette et courante ; la compression méthodique et modérée de l'avant-bras rendit les mouvements du pouce plus faciles pendant à peu près trois semaines, mais voilà tout. — La position de M. X*** s'étant aggravée et force lui étant de beaucoup travailler, on s'ingénia à comprimer modérément le bras au niveau de l'empreinte deltoïdienne, en usant pour cela d'un serre-bras lacé et assez large pour embrasser le tiers moyen du bras. Depuis bientôt trois ans que la compression est permanente, le pouce a repris la plénitude de ses fonctions, et M. X*** écrit avec la même facilité et la même prestesse que s'il n'avait jamais rien éprouvé. » Une lettre de M. Cazenave, que nous recevons à l'instant (12 avril), nous mande que la cure de ce malade s'est maintenue.

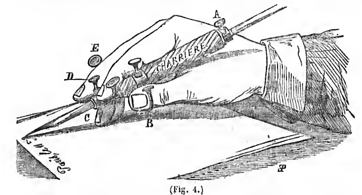
Les appareils les plus nombreux sont ceux destinés à prévenir les crampes par l'immobilisation des doigts. Nous allons en fournir quelques modèles. Dans le premier des faits empruntés à M. Cazenave, nous avons vu que son malade avait été conduit à tenir sa plume entre l'index et le médius. Cet exer-

cice, qui met en jeu les muscles interosseux et lombricaux, ne saurait être continué longtemps sans danger de voir ces muscles affectés de crampes à leur tour. On préviendra cet accident en fixant la plume à deux anneaux, ainsi que le montre la figure 2 ci-dessous. Dans ce modèle M. Matthieu a placé en D une vis sans fin qui permet d'imprimer au porte-plume le degré d'inclinaison nécessaire.



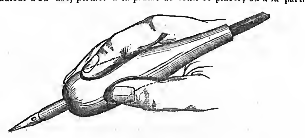

(Fig. 2.) (Fig. 3.)

M. Cazenave remplace les anneaux par deux dés et fait souder le porte-plume à la partie supérieure du dé qui coiffe l'extrémité de l'index. Quelquefois il ré-




(Fig. 4.)

duit l'appareil à ce dernier dé, et l'instrument, pouvant rouler sur le doigt comme autour d'un axe, permet à la plume de venir se placer, ou à la partie



(Fig. 5.)

interne, ou à la partie inférieure. Avec ce modèle le pouce n'est pas maintenu. Voici un petit appareil construit par M. Matthieu (fig. 5) qui fournit un point

d'appui solide à ce doigt, B; le porte-plume est tenu parallèlement à l'axe du doigt indicateur, auquel il est fixé par deux anneaux A, A.

Les moyens d'immobiliser les doigts qui tiennent la plume ne sont pas toujours les mêmes ; voici (fig. 4) le dessin de l'instrument que recommande M. Cazenave. Le nombre et la disposition des crochets sur lesquels repose l'extrémité des doigts doivent varier avec chaque cas ; aussi les porte-plume sont construits en vue de l'attitude de la main particulière au malade. Cet instrument, très-ingénieusement construit, nous paraît pécher cependant par son manque de volume ; plus ils sont gros, mieux les malades écrivent, c'est là un fait général.

De tous ces nombreux modèles le plus simple et le moins dispendieux est un cône de bois arrondi ou à pans coupés (fig. 5), dont le volume sera indiqué par le malade. Rien n'est plus facile que d'immobiliser les doigts, il suffit de creuser des cavités. Le point qui semble le plus épineux est d'indiquer la place que doit occuper l'extrémité de chacun des doigts. Grâce à M. Ferd. Martin, la solution de ce problème est des plus simples; on entoure la tige d'une couche de cire à modeler. Le malade la saisit en prenant le soin de donner à ses doigts l'attitude qui prévient le plus efficacement les crampes; cela fait, il serre l'instrument et laisse dans la cire l'empreinte de l'extrémité des doigts. Il ne reste plus qu'à creuser. *(La fin au prochain numéro.)*

---

## Du Massage [1].

Par M. le docteur Le Bret, inspecteur adjoint des eaux d'Uriage.

La pratique du massage ou massement, aussi ancienne et aussi répandue que celle du bain, est représentée par diverses manœuvres de pression et de traction graduellement et alternativement exercées sur les parties musculaires accessibles du corps et sur les articulations. Après être restée pendant longtemps à peu près confinée dans les coutumes de l'Orient et de l'Indo, ou dans les programmes d'écoles gymnastiques, elle occupe déjà un certain rang en médecine thermale. Il est même des établissements, comme celui d'*Aix-en-Savoie*, où le massage est l'objet d'une application spéciale; des stations renommées en France ont suivi cet exemple (*Luchon*, *Uriage*, *Plombières*, etc.); les médecins allemands commencent à le préconiser. Nul doute que cet utile auxiliaire de la médication des eaux minérales ne soit bientôt en vigueur dans la plupart des bains de l'Europe.

On sait, d'une manière générale, que le massage a pour but, en provoquant des alternatives de pression et de dilatation sur la peau et sur les muscles, d'imprimer plus d'activité à la circulation capillaire et aux organes émonctoires, plus d'énergie aux fibres et aux plans musculaires, de dissiper les commencements d'infiltration et d'engorgement, de rendre aux jointures leur souplesse et toutes leurs conditions normales. De plus, il résulte de cette pra-

[1] Dans notre dernière livraison, nous avons appelé l'attention de nos confrères sur les bons effets de l'usage des appareils prothétiques dans le traitement des paralysies partielles. Pour compléter notre enseignement, il nous resterait à dire un mot de l'emploi des bains stimulants et du massage. Notre distingué confrère, M. Le Bret, vient nous offrir l'article qu'il a composé pour le *Dictionnaire des eaux minérales*, édité par J.-B. Baillière. Nous nous empressons de publier cette note ; elle donnera une juste idée de la valeur pratique de l'œuvre importante entreprise par MM. Le Bret, Durand-Fardel et Lefort pour la partie chimique.

tique un bien-être assez marqué chez beaucoup de sujets pour modifier, en se répétant, les conditions de l'économie entière. On aurait beaucoup d'intérêt à en connaître les règles et les indications formelles.

Jusqu'à ce jour, l'exercice du massage a été abandonné à la direction empirique de gens plus ou moins habiles, mais dépourvus des moyens ou du désir d'en transmettre l'enseignement. Il est vrai de dire que l'habitude aide singulièrement à perfectionner la main du masseur, et que tel acquiert les plus merveilleux talents en ce genre sans pouvoir s'en rendre compte. Chez quelques-uns, la manipulation devient un véritable art. On comprend qu'alors l'imitation et en quelque sorte des aptitudes naturelles fassent plus que des préceptes généraux, d'ailleurs assez difficiles à poser.

Les écrits publiés sur la gymnastique, tant en France qu'à l'étranger, ne font que mentionner le rôle passif du massage et le prescrivent à l'égal des frictions et de la percussion, dans les cas où les mouvements volontaires ne peuvent avoir lieu. Les traités d'hygiène en parlent comme d'un détail de mœurs particulier à certaines nations du Levant et qui trouverait parfois son utilité dans notre genre de vie. Les relations de voyages seules fournissent des renseignements sur la manière dont on masse en diverses contrées. Chez un grand nombre de peuples, vivant sous des climats différents, les Turcs, les Egyptiens, les Indiens, les Irlandais, les Russes, les Chinois, les habitants des îles de la mer du Sud, on rencontre cet usage; mais il ne se pratique pas chez tous de la même façon ni avec les mêmes soins. Il paraît vraisemblable que les *tractatores*, dans le bain des anciens, avaient aussi leur procédé particulier. Ce n'est pas le lieu de reprendre un exposé descriptif qui n'aurait qu'un mérite de pure curiosité et qu'on lit en maint ouvrage. Mais le docteur Epp, de Dürkheim, après un séjour et une pratique médicale d'une vingtaine d'années aux Indes orientales, a publié sur les pratiques balnéaires de ce pays des notions qui, sous une forme aphoristique, caractérisent très-bien les temps et le but du massage. Nous reproduisons ce qui, dans son résumé, a trait à la manipulation successive des membres et du tronc par le serviteur du bain :

« Après qu'il a fait exécuter à la tête et au cou des évolutions méthodiques, il saisit à pleine main la masse du deltoïde, la presse et la pétrit profondément, et étend les fibres musculaires dans tous les sens. Ensuite il masse le bras, pinçant les muscles de cette région, comme ferait un musicien sur la longueur des cordes d'un violon, jusqu'à l'origine de l'avant-bras ; même répétition sur le membre antérieur. Arrivé au poignet, il le soumet à plusieurs mouvements de rotation sur lui-même; puis, il suit le trajet de chaque muscle tant dans la paume de la main que sur la région dorsale, et sur la continuité des doigts, dont aucune articulation n'échappe aux flexions forcées et portées jusqu'au craquement le plus retentissant. »

L'auteur exprime cette dernière manœuvre en la comparant à la traction du pis de la vache nécessaire pour recueillir le lait. Il fait remarquer aussi que, pour mieux opérer, la main du masseur doit être solide et ne transpirer jamais. Les manipulations des membres inférieurs se suivent d'une façon analogue, en procédant de la région ischiatique pour presser et étirer successivement les muscles et les articulations de la cuisse, de la jambe et du pied. Les mouvements de flexion sont surtout calculés pour cette partie du corps; c'est ce que M. Epp entend par faire exécuter de nombreux huit de chiffre aux jointures mobiles. En dernier lieu vient le maniement du tronc lui-même. Les muscles des gouttières vertébrales, de chaque côté, sont refoulés et pétris sur

leurs attaches et dans leur trajet, et immédiatement après c'est le tour des parois abdominales, que le masseur malaxe fortement jusque dans les moindres replis, s'attachant spécialement au massage de la région des reins. Parfois, lorsque le patient est couché sur le ventre, son masseur presse de tout son poids entre les épaules et agit à l'aide des genoux et des mains sur les articulations des vertèbres spinales qu'il parvient à relâcher et même à faire craquer. C'est là le dernier acte d'un ensemble de manœuvres qu'on assimilerait volontiers à des tortures et qui, néanmoins, si elles abattent momentanément celui qui les subit, lui communiquent, au bout de quelques instants de repos, une vigueur nouvelle et un équilibre parfait dans ses fonctions. On sait d'ailleurs quelle volupté les Asiatiques trouvent à ce complément du bain, indispensable pour eux, dans les deux sexes.

Le docteur Epp ajoute que le massage demande beaucoup d'adresse de la part de ses exécutants et qu'il est administré diversement, selon l'habileté du masseur et en raison de l'impressionnabilité des sujets. Il insiste surtout, et avec justesse, sur l'importance qu'il y a à s'adresser à un servant déjà expérimenté dans le métier et dont la main exercée procure les sensations les plus agréables, en dépit de puissantes pressions et des pratiques les plus extraordinaires. Aux Indes, comme nous le remarquons dans nos propres établissements, les femmes atteignent difficilement au degré de force et de dextérité que le massage réclame à la fois. M. Epp enjoint aux gens préposés à ces manœuvres de ne jamais perdre de vue les yeux mêmes de leur patient et de respecter la prostration des forces lorsqu'elle se prononce. Une longue expérience lui avait permis de constater les meilleurs résultats du massage méthodique, pour le rétablissement de la santé générale, autant que pour le rappel de beaucoup de fonctions frappées de torpeur, et il n'hésite pas à en recommander l'application dans les stations thermales de l'Allemagne.

Un seul opérateur suffit d'ordinaire pour le massage. A Aix-en-Savoie, les *frotteurs*, ainsi qu'on les appelle, sont au nombre de deux, et, en même temps qu'ils dirigent l'eau d'une douche sur le corps, ils frictionnent la peau, massent les chairs, plient les jointures. En général, il y a avantage à commencer par les extrémités inférieures, contrairement à ce qui se passe en Orient, et à suivre pour ces opérations le trajet du sang, de la périphérie vers le cœur.

Le massage peut être pratiqué sans qu'on ait d'abord été soumis à l'action de l'eau; mais on le combine presque toujours avec les bains, les étuves et surtout avec les douches à percussion, soit simples, soit écossaises. La peau, humectée par l'eau ou par la vapeur, est d'autant plus souple et se prête davantage à un maniement graduel et prolongé. Les parties ligamenteuses des articulations participent à cette laxité. Pour peu que la position du sujet laisse ses muscles en relâchement, et c'est à quoi l'on doit toujours tendre, tout concourt à favoriser les effets du massement, tel que nous venons d'en donner l'esquisse. Il n'est pas nécessaire de démontrer la triple influence qu'il exerce sur la peau, sur les articulations et sur les muscles. Elle s'indique d'elle-même, et l'on ne s'étonnera pas qu'une pratique de cette valeur ait pu passer des habitudes orientales dans le domaine thérapeutique.

Le massage est conseillé dans toutes les affections dépendant du lymphatisme, dans celles qui se rattachent à la diathèse scrofuleuse, ou que caractérise un affaiblissement de l'organisme, à la suite des convalescences pénibles, dans certaines cachexies, à condition toutefois qu'aucun mouvement congestionnel ne soit à redouter vers les organes. C'est en quelque sorte à titre d'exercice

passif qu'il agit alors et qu'il complète efficacement l'emploi du traitement soit thermal, soit marin. Il est favorable également dans les affections rhumatismales chroniques, les contractures spasmodiques, les crampes et les névroses musculaires, ainsi que dans la roideur des articulations, les menaces d'ankylose. On a cité des engorgements de viscères abdominaux cédant aux manipulations décrites plus haut. Mais c'est surtout dans les cas de paralysie, avec imminence ou confirmation d'atrophie des muscles, qu'il deviendra utile de provoquer la contractilité de ceux-ci par un maniement intelligent. Ce que l'action du galvanisme réalise, pourquoi ne l'obtiendrait-on pas en entretenant dans la fibre musculaire des propriétés de dynamisme et de nutrition que l'inaction contribuait à lui faire perdre ? Les expériences de M. Brown-Séquard (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1849) ont démontré que les membres paralysés déjà atrophiés peuvent regagner leur volume normal et leur degré ordinaire de contractilité, malgré l'absence de l'action nerveuse. Le massage devra prendre place parmi les agents d'excitation recherchés pour ces circonstances, et il est un des moyens opportuns, sinon pour combattre la cause de la paralysie, du moins pour mettre les muscles en état d'obéir à l'innervation motrice le jour où celle-ci aurait repris son cours. Ce que l'on sait de l'électricité d'induction et de ses usages médicaux ne peut certainement pas être en conformité absolue avec les procédés de massement ; mais ces deux modes de maintenir l'état physiologique des muscles se rapprochent sur plus d'un point. Ils concourront, l'un comme l'autre, dans beaucoup d'hémiplégies ou de paraplégies, et même de lésions des troncs nerveux, à préparer le retour d'un influx qui a besoin, pour déterminer des contractions, de se répandre dans des tissus sains et capables d'animation. Nous appelons l'attention des praticiens sur le parti à tirer du massage, d'après ces considérations sommaires, non-seulement eu égard aux changements qui s'opéreraient dans l'économie sous son influence répétée et ajoutée à celle des bains et des douches, mais encore au point de vue d'une action locale qui paraît véritablement fondée.

---

Le concours pour l'agrégation en chirurgie et accouchements a été ouvert lundi dernier 2 avril. Les places sont au nombre de quatre : trois en chirurgie et une en accouchements. Les concurrents inscrits sont : *Pour la chirurgie :* MM. Anselmier, Bastien, Bauchet, Béraud, Dolbeau, Guyon, Houel, Legendre, Ollier, Parmentier, Rambaud. — *Pour les accouchements :* MM. Charrier, Mattei, Salmon et Tarnier.

---

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Triboulet, Axenfeld et Simonet.

---

M. le docteur Ollier vient d'être nommé à la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la suite du dernier concours. Cette nomination a eu lieu à l'unanimité.

---

Le concours pour une place d'agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et d'accouchement) s'est terminé par la nomination de M. A. Estor.

---

Par décision de la Commission administrative des hôpitaux civils de Toulouse M. Ramon, médecin adjoint de l'hôpital de la Grave, vient d'être nommé mé-

decin en chef, en remplacement de M. Fourquet décédé.—M. Noguès, chirurgien en chef du même hôpital, et professeur adjoint de clinique médicale, passe à l'Hôtel-Dieu, en qualité de médecin en chef, place rétablie. — M. Ripoll, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien en chef de l'hôpital de la Grave, en remplacement de M. Noguès.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Montpellier vient d'avoir lieu à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi. Ont été nommés MM. Goyrand et Romain.

M. le président de l'Association générale des médecins de la France vient d'être prévenu que M. Bethmont, l'un des plus illustres avocats du barreau de Paris, mort la semaine dernière, a fait un legs de la somme de 5,000 francs à l'Association. M. Bethmont était membre du Comité central et du Conseil judiciaire.

*La Lancette Anglaise* annonce la mort subite de M. James Braid (de Manchester), dont le nom a tant de fois été prononcé dans ces derniers temps, à propos de l'hypnotisme. On attribue cette mort soudaine à une affection du cœur.

M. le docteur Carron du Villards, bien connu de nos lecteurs, par les nombreux et importants travaux ophthalmologiques insérés dans ce journal, a succombé à Rio-de-Janeiro à une affection organique du cœur.

En exécution d'un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, un concours de matière médicale pour le prix Menier est ouvert à l'Ecole de pharmacie de Paris. Le sujet mis au concours est le suivant : « Du quinquina. Caractères des diverses sortes de quinquinas qui existent dans le commerce : espèces botaniques qui les fournissent ; lieux de provenance ; falsifications dont elles peuvent être l'objet ; moyens de les reconnaître. » — La question, traitée sous forme de dissertation écrite, devra être déposée par les concurrents, sous enveloppe cachetée, au secrétariat de l'Ecole, du 15 au 31 juillet.

La Société impériale de médecine de Bordeaux avait proposé en 1857 un prix de la valeur de 500 francs sur la question suivante : « Des injections iodées dans les cavités séreuses naturelles. » Dans sa dernière séance solennelle elle a couronné les deux mémoires qui lui ont été adressés. M. le docteur Jousset (de Paris) a obtenu une médaille d'or de 200 francs ; M. Ernest Maurin, chirurgien des hôpitaux de Marseille, une médaille d'or de 100 francs. La même Société propose pour 1860 la question suivante : « De la prophylaxie de la tuberculose. » Le prix sera de 300 francs. — Pour le concours de 1861 : « Déterminer par des faits bien observés et sévèrement contrôlés, si les troubles de la volonté sont indépendants de ceux de l'intelligence, et établir les circonstances dans lesquelles l'homme est irresponsable de ses actes. Quels vœux pourrait-on émettre à ce sujet, relativement aux modifications à apporter dans la législation ? » Le prix sera de 500 francs. Adresser les mémoires écrits en latin, français, italien, anglais ou allemand, dans les formes académiques, à M. Dégranges, secrétaire général de la Société, rue Sainte-Catherine, 25, à Bordeaux, avant le 12 septembre.

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Des caractères physiques et organoleptiques des médicaments dans leurs rapports avec l'action thérapeutique.

Par le docteur Delioux de Savignac, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

Existe-t-il dans les propriétés physiques et organoleptiques des substances naturelles des caractères ou seulement des indices qui puissent mettre sur la voie de leurs vertus médicinales ?

Une doctrine toute surannée, celle dite *des signatures*, a régné jadis, qui s'efforçait de trouver dans des analogies spécieuses, bizarres, la raison de l'électivité d'action de plusieurs substances naturelles sur certaines fonctions, ou de leur efficacité spéciale dans certaines maladies. Notons-la comme un exemple des aberrations du dogmatisme; mais pour montrer combien elle mérite peu l'honneur d'une réfutation, il suffit de dire que, d'après les idées étranges dont elle s'inspirait, le bois de couleuvrée devait son nom et sa réputation contre la morsure de la vipère, à la ressemblance que l'on trouvait entre son écorce marbrée et la robe des ophidiens; que l'on attribuait aux orchis une action aphrodisiaque, en se fondant sur la ressemblance avec les testicules des tubercules bijumeaux de leurs racines.

Mais, sans plonger dans ces vieilles erreurs, on ne peut s'empêcher de reconnaître que nous avons une propension instinctive à juger des choses d'après leurs caractères extérieurs et d'après l'impression qu'elles exercent sur nos sens. Il était donc possible qu'il y eût quelque indice à recueillir dans cette voie de recherches.

Etat physique des corps. — Les médicaments s'offrent à nous sous les trois états solide, liquide et gazeux. Ces états ne nous font point prévoir quelle est la nature de leurs propriétés ; mais il n'en est pas de même de leur activité. Les liquides et les gaz pouvant avoir avec nos tissus un contact plus intime, et, en outre, pénétrer promptement au delà, pour se répandre dans l'intérieur des organes, tandis que les solides s'arrêtent au contact, il importe de prendre immédiatement en considération l'état physique des médicaments. Liquides ou gazeux, ils sont absorbables, et tout ce qu'ils possèdent d'activité peut se développer, si aucune condition étrangère ne la paralyse. S'ils sont solides, il reste à savoir s'ils sont insolubles ou solubles ; dans le premier cas, il n'y a qu'une action physique et exclusivement locale à en attendre ; dans le second, ils rentrent dans la catégorie des médicaments liquides.

Impressions visuelles. — La couleur des médicaments, qui peut servir à nous les faire distinguer entre eux, ne nous éclaire en aucune façon sur le genre d'action qu'ils exercent sur l'économie animale. Ceci est si évidemment vrai pour les composés médicinaux préparés dans le laboratoire du pharmacien, qu'il serait puéril d'y insister. Mais il s'est perpétué dans le vulgaire l'idée (et plusieurs des botanistes qui ont visé à l'application de leur science à la médecine l'ont entretenue) que l'on peut jusqu'à un certain point juger de l'innocuité des plantes ou de leurs propriétés vénéneuses, d'après leur aspect, leur port, leur couleur, en un mot d'après l'ensemble de leur caractères extérieurs. Linnée, par exemple, en désignant les solanées sous le nom de *plantes livides, blêmes, luridæ,* n'a pas peu contribué à propager cette erreur ; d'ailleurs, dans l'espèce, l'expression n'était pas très-juste pour une famille dans laquelle on trouve de fort belles fleurs très-estimées par les horticulteurs. Vouloir conclure de l'aspect d'un végétal à ses propriétés médicamenteuses ou toxiques est une prétention illusoire. L'observation directe a mille fois appris qu'une plante belle comme l'aconit napel ou le mancenillier est un poison implacable. Les solanées, pas plus que les autres plantes, ne font préjuger de leurs propriétés par leur aspect. A l'exception de la jusquiame noire, *hyoscyamus niger,* il n'est peut-être pas une seule des solanées dites *vireuses,* qui ait l'air triste, sombre, menaçant qu'on leur a prêté. Les panicules florifères de plusieurs nicotianes sont remarquables par leur élégance et l'éclat de leurs couleurs ; les daturas *fastuosa* et *arborea,* dont les larges corolles exhalent un parfum suave, mais toxique, font l'un des plus brillants ornements des jardins. Enfin, il n'est pas jusqu'à la belladone, *atropa belladona,* à laquelle on a tant attribué la *teinte luride,* dont on ne puisse dire que son feuillage, ses fleurs, ses fruits ne font rien préjuger de l'action délétère de toutes les parties de la plante ; les baies de cet arbuste, noires et luisantes comme les drupes des merisiers, inspirent si peu de craintes que, journellement, des imprudents les cueillent et mangent leur pulpe douce et sucrée, sans présager l'empoisonnement auquel ils s'exposent. Au contraire, parmi les genres qui ne contiennent pas ordinairement d'espèces malfaisantes, ne trouve-t-on pas des plantes aux feuilles molles et flasques, aux rameaux armés d'épines, à la vestiture grise, sordide et cotonneuse ? Tel est le bouillon-blanc, *verbascum thapsus,* dont les fleurs et les feuilles sont purement émollientes ; tels sont les *solanum tomentosum* et *igneum,* qui ne contiennent aucun principe délétère.

Ne cherchons donc pas à induire des caractères extérieurs des végétaux aux qualités des produits médicinaux qu'ils fournissent. Il n'y a de présomptions à établir que s'il s'agit de caractères naturels. Alors, en effet, il est permis d'inférer qu'une plante est suspecte, si ses caractères naturels la placent dans une famille où la plupart des individus fournissent des substances actives et vénéneuses à l'occasion. Pour pressentir les propriétés d'un végétal, on n'a donc rien à demander à son port ou à sa couleur, c'est de son nom de famille qu'il faut s'enquérir. Ainsi, qu'il appartienne aux liliacées, aux colchicées, aux labiées, aux crucifères, aux apocynées, aux concolvulacées, on peut autoriser quelques inductions sur ses propriétés pharmacodynamiques, parce que dans ces familles naturelles, et aussi dans plusieurs autres, il y a des principes communs ou une virtualité d'action commune à la majorité des espèces qu'elles réunissent. Ainsi encore l'on peut et l'on doit suspecter toute renonculacée, toute strychnée, et la plupart des solanées. Mais dans plusieurs familles, on ne rencontre plus d'analogie de propriétés médicinales, et d'une scrofulariée connue, par exemple, d'une rubiacée, d'une térébinthacée, on ne pourrait pas conclure à l'action d'une espèce voisine dans une même famille.

Impressions olfactives. — Lorsque par la vue et le toucher nous avons constaté l'état d'un corps, cette première inspection ne suffit pas toujours pour nous faire connaître ses qualités intrinsèques, et nous l'odorons. L'essai par l'odorat ne nous donne souvent que des résultats de peu de valeur ou même négatifs ; mais il ne faut pas méconnaître que parfois il nous met sur la voie du corps que nous recherchons, et qu'il peut nous fournir des probabilités relativement aux effets que ce corps doit produire sur l'organisme.

Les composés minéraux déterminent, en général, moins d'impressions olfactives que les composés organiques. Cependant plusieurs parmi les premiers peuvent être reconnus ou décelés par l'odorat. Ainsi, parmi les métalloïdes, plusieurs ont une odeur caractéristique, qu'ils possèdent à l'état pur, tels que le chlore, le brome, l'iode, ou qui se révèle lorsque l'on favorise leurs combinaisons avec d'autres corps, lorsque l'on sollicite, par exemple, leur combustion par l'oxygène ; tels sont le soufre, le carbone, le phosphore, l'arsenic. Il n'en est pas de même des composés métalliques ; la plupart sont inodores, comme les métaux eux-mêmes ; quelques-uns de ceux-ci développent seulement un peu d'odeur par le frottement ou par la chaleur.

Dans le règne organique, beaucoup de substances sont odorantes,

et leurs effluves, en même temps qu'ils signalent la constitution chimique des composés, indiquent souvent la nature de leurs propriétés. Ainsi, chacun des groupes formés par les composés ammoniacaux, les produits pyrogénés, les alcools, les éthers, les composés cyaniques, les oléo-résines, les baumes, possède une odeur spéciale, que l'on retrouve dans toutes les substances du même groupe, à côté d'une grande analogie d'action entre elles. Mais en revanche, dans le groupe des essences, et parmi les plantes qui leur doivent leur parfum, nous trouvons une extrême variété d'odeurs; et sur aucun de leurs types on ne pourrait fonder la présomption de l'action médicale, prévoir, par exemple, si l'essence est stimulante, antispasmodique, plus ou moins toxique. Peu importe aussi que leur odeur soit agréable ou non pour préjuger leurs effets sur le système nerveux; les huiles essentielles de menthe et d'oranger, le musc, le camphre et l'assa-fœtida, sont également invoqués comme antispasmodiques. L'intensité de l'odeur, jointe surtout à une véritable irritation factice sur la pituitaire, dénote souvent des propriétés stimulantes; telles sont les essences de poivre et de moutarde; mais une odeur très-douce est également compatible avec ces propriétés; tel est le cas du láurier, de la muscade et de la cannelle.

Il est une odeur qui caractérise assez bien certaines plantes ou les produits pharmaceutiques qui en dérivent; c'est l'odeur vireuse. Les substances qui la présentent sont généralement stupéfiantes, narcotiques, et vénéneuses à un degré plus ou moins élevé. On peut donc en inférer leurs propriétés thérapeutiques, et les mettre *a priori* en suspicion comme poisons virtuels. Ainsi, quand nul signe extérieur ne rendrait la petite ciguë, *æthusa cynapium*, plus suspecte que le persil, *apium petroselinum*, l'odeur vireuse qu'exhalera la première, froissée entre les doigts, pourrait avertir du danger qu'il y aurait à la confondre avec la seconde.

Enfin un très-grand nombre de produits organiques, doués d'une action pharmacodynamique très-puissante, sont complétement inodores; tels sont, par exemple, la plupart des alcaloïdes végétaux.

Il y a donc des indices à recueillir par le sens olfactif sur l'origine et la constitution chimique des substances médicinales, plus rarement sur leur destination thérapeutique; mais ce n'est néanmoins qu'avec la plus grande réserve que l'on pourrait catégoriser les médicaments d'après la généralisation des rapports existant entre leur odeur et l'action qu'ils exercent sur l'organisation.

Impressions gustatives. — Les qualités sapides des corps qui peuvent contribuer à les faire reconnaître servent beaucoup moins

à faire soupçonner leurs propriétés médicinales. L'insipidité absolue elle-même ne prouve rien sous ce dernier rapport ; des médicaments très-actifs, des poisons même, ne déterminent que peu ou point de sensation sur l'organe du goût ; tel est, par exemple, l'acide arsénieux.

Selon que la perception des odeurs ou des saveurs est agréable ou désagréable, on est souvent porté à croire, dans le premier cas, à l'innocuité des substances qui les fournissent, dans le second, à leur aptitude à nuire. Une distinction fondée sur ces deux extrêmes de sensation serait éminemment fautive, et pourrait conduire aux conséquences les plus regrettables. Que l'on se rappelle les méprises fatales auxquelles donnent lieu les qualités savoureuses de certains champignons vénéneux.

Les saveurs sont excessivement nombreuses, et ce qui les multiplie surtout, c'est la variété infinie de leur mode de perception. La même saveur est souvent accusée d'une manière différente par plusieurs individus, et divers états physiologiques ou morbides modifient en outre les réactions du sens gustatif. On peut cependant rapporter les impressions du goût à quatre saveurs types et comme primitives, qui sont : le salé, le doux, l'acide, l'amer. Voyons ce qu'elles peuvent annoncer en pharmacodynamie.

La saveur salée ne dénote que la présence d'un sel ; elle a pour type celle du chlorure de sodium ; elle se retrouve dans tous les sels neutres à base alcaline ; elle est plus forte lorsque l'acide est minéral, que lorsqu'il est emprunté au règne organique. Mais elle manque aussi dans plusieurs composés salins, ou elle y est dénaturée, masquée par une autre saveur, comme nous l'allons voir tout à l'heure, en signalant les qualités sapides particulières à certains sels métalliques. Mais là même où elle se manifeste, elle n'annonce nullement les propriétés physiologiques ou thérapeutiques de la substance ; elle indique seulement qu'il s'agit d'un sel ; reste à savoir ce que vaut celui-ci par son acide, par sa base, ou par son ensemble, comme remède ou comme poison.

La saveur sucrée n'a pas plus de valeur au point de vue de la détermination des effets que doit produire sur l'organisme la substance qui en est douée. Le sucre de canne en offre le type ; on la retrouve dans tous les sucres, dans la glycyrrhizine, la mannite, la glycérine, à des degrés plus ou moins prononcés. Elle n'est point exclusive au règne organique, car nous la percevons, à côté de l'astringence, dans les sels d'alumine et de plomb. Or, tous ces produits ont des propriétés pharmacodynamiques fort différentes ; elle n'est donc

jamais caractéristique à cet égard. Les sucres, si abondants dans les tiges, les racines et les fruits, y sont souvent dominés par des principes plus importants et qui déterminent seuls l'utilité thérapeutique des végétaux. Enfin les matières sucrées se rencontrent encore auprès des poisons les plus énergiques, et c'est là une raison majeure de s'en défier ; ainsi les tubercules de l'œnanthe, les fruits de la belladone et du mancenillier leur doivent une perfide saveur.

La saveur acide, au contraire, est très-caractéristique ; car elle annonce toujours la présence d'un acide plus ou moins puissant ; or, les propriétés générales des acides étant connues, il est permis en conséquence de prévoir, averti par la saveur aigre ou acide, le genre d'efficacité du médicament que l'on déguste et le rang pharmacologique que l'on peut lui assigner.

La saveur amère caractérise un groupe parfaitement médical, les toniques amers, dont la famille des gentianées et plus encore la famille des synanthérées fournissent une grande partie. Toutefois, cette saveur n'est point exclusive à ce groupe, et de sa perception par le goût il ne faudrait pas toujours conclure à la présence d'un médicament purement tonique ou légèrement excitant, double caractère qu'ont ordinairement les toniques amers; ainsi elle est très-développée dans des substances douées de propriétés tout autres et des plus énergiques, telles que les alcaloïdes végétaux. Il est vrai que précisément à cause de l'excessive amertume de quelques alcaloïdes, on leur a attribué une parité d'action avec les toniques amers les plus francs ; à ce titre on a adressé aux mêmes indications thérapeutiques qui réclament ces derniers agents, la quinine et la strychnine par exemple. Sans contester l'efficacité de ces deux alcaloïdes contre certaines débilités organiques, et notamment celles de l'estomac, il ne me paraît pas prouvé qu'ils agissent parce qu'ils sont amers, et la question d'efficacité peut être tout entière résolue au profit de l'influence spéciale qu'ils exercent, l'un sur les fonctions nutritives, l'autre sur l'influx nerveux réservé aux fibres contractiles. Un grand nombre d'alcaloïdes, d'ailleurs, ou de composés ternaires plus ou moins actifs, n'ont, malgré leur amertumo, aucune similitude d'action avec les toniques amers. Je crois donc qu'il ne faut pas forcer les analogies entre toutes les substances amères, et qu'il serait au moins prématuré de généraliser le rapport entre cette saveur et l'identité d'action thérapeutique, tant que les exceptions infirmeront la règle, et que les faits invoqués seront passibles d'une autre interprétation.

Examinons maintenant quelques saveurs composées, dérivant

d'une ou de plusieurs des quatre principales, ou spéciales à certains corps, ou mixtes, c'est-à-dire compliquées par des impressions tactiles.

Une saveur composée, la vireuse, où l'amère entre certainement pour quelque chose, a la même valeur que l'odeur vireuse; l'une et l'autre caractérisent les mêmes produits et signalent des propriétés stupéfiantes et narcotiques; exemples : les extraits d'opium, de ciguë, de belladone, de jusquiame.

La saveur métallique est un exemple de saveur spéciale que l'on croirait, d'après son nom, propre aux composés des métaux ; mais loin d'appartenir à la généralité de ces composés, elle ne se trouve guère que dans les dissolutions des sels de mercure, de cuivre et d'argent. Plusieurs sels métalliques ont une saveur toute différente; nous avons cité plus haut ceux de plomb et d'aluminium; les sels de fer ont un goût d'encre; les sels de magnésie sont amers; ceux de potasse et de soude sont franchement salés, sauf les chlorates, cependant, qui, au retour surtout, ont un goût sensiblement métallique.

Les saveurs âcre et astringente, qui nous donnent des indices plus sûrs que la précédente sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des composés, sont des saveurs mixtes, car à l'impression gustative s'ajoute manifestement une modification spéciale de tissus, d'où résulte en définitive la perception complète du contact des substances âcres ou astringentes sur la muqueuse buccale.

La saveur âcre, étant en même temps, suivant le degré, irritante, corrosive, caustique, doit nous mettre en éveil; nous sommes autorisés à supposer que les mêmes modes d'action irritative, exercée sur la surface buccale, se reproduiront sur les muqueuses internes parcourues par la substance âcre. En effet, toute substance qui présente cette saveur possède des propriétés topiques irritantes, et des propriétés dynamiques d'une énergie plus ou moins grande et pouvant aller jusqu'à l'empoisonnement.

La saveur astringente dérive de l'amère, et se joint à une impression tactile exprimée par un sentiment d'astriction des tissus. Elle concorde avec une action astrictive similaire dans les astringents végétaux qui doivent leur efficacité aux tannins. Elle n'est pas aussi pure dans les astringents minéraux, ou elle y fait défaut; ainsi, dans les sels de zinc elle prend le caractère styptique, c'est-à-dire que l'astriction s'accompagne d'un certain degré d'irritation; les sels solubles de fer sont également styptiques et atramentaires à la fois; la saveur sucrée masque l'astringence dans les sels de plomb

et la domine en partie dans ceux d'alumine; enfin les sels de mercure, de cuivre, d'argent, qui, en solution étendue, rentrent par leurs effets dans les astringents styptiques, présentent particulièrement la saveur métallique.

En résumé, il n'y a que les saveurs acide, âcre, et astringente, qui annoncent avec une sorte de certitude le type des propriétés pharmacodynamiques des substances médicinales ; la saveur amère, et la saveur vireuse qui en est voisine, donnent à cet égard des probabilités ; les autres, rien.

De la part que peuvent prendre les propriétés odorantes et sapides a l'action thérapeutique des médicaments. — Ici se placent deux questions incidentes qui méritent un moment d'examen.

1° *Les propriétés odorantes des corps contribuent-elles à l'action thérapeutique?*

Il ne paraît pas qu'elles y prennent part dans le plus grand nombre des cas. Mais dans quelques circonstances elles ont une influence assez manifeste. Ainsi, l'odoration d'un parfum agréable, pourvu, bien entendu, qu'il ne recèle aucun principe toxique, procure une sensation de bien-être qui annonce évidemment que les particules odorantes, en passant par le sens olfactif, ont exercé une modification réelle sur le système nerveux. Mais ce qui le prouve encore davantage, c'est que certains médicaments, dont l'odeur déplaît formellement aux malades, ou même suscite en eux des troubles exceptionnels, tels que vertiges, céphalalgie, nausées, etc., manquent plus ou moins le but vers lequel on les dirige, et déterminent parfois des effets tout différents de ceux que l'on en attend. Ce genre de faits est facile à constater pour l'éther, par exemple ; les individus à qui l'odeur de ce médicament répugne n'en retirent pas généralement les effets antispasmodiques qui suivent d'ordinaire son emploi ; cette répugnance décèle, la plupart du temps, une idiosyncrasie réfractaire à l'action de l'éther, ou une sensibilité anormale qui peut aller jusqu'à se traduire par un état spasmodique, c'est-à-dire par des phénomènes entièrement opposés à ceux que l'on voulait produire.

Il faut donc admettre la possibilité de ces répulsions organiques soulevées par les particules odorantes, et en tenir compte lorsqu'elles se présentent. Le mieux est souvent de recourir à une autre substance médicamenteuse pourvue de propriétés thérapeutiques analogues. Mais lorsque l'on croit devoir insister sur le médicament, peut-on tenter de masquer son odeur ou de la détruire ? Mieux vaut la masquer seulement, ce qui est aussi plus facile ; on enveloppe

alors la substance d'une capsule gélatineuse, d'une feuille d'argent, ou d'une couche de vernis ; on choisit encore la voie rectale, comme on le fait pour l'assa-fœtida. Mais en détruisant l'odeur on s'expose à dénaturer la substance qui la fournit, et à compromettre par conséquent le succès de la médication. C'est ce qui pourrait avoir lieu pour le musc, par exemple, dont l'odeur paraît dépendre d'une érémacausie ou combustion lente, s'effectuant incessamment dans sa masse ; un procédé qui suspendrait cette opération chimique modifierait vraisemblablement la constitution normale du médicament, et altérerait par suite les résultats que l'on a en vue en l'administrant.

Certains corps, en même temps qu'ils dégagent des particules odorantes qui impressionnent le sens olfactif, projettent aussi des particules irritantes qui stimulent la membrane pituitaire et sollicitent des actions réflexes qui généralisent plus ou moins l'excitation. Il ne faut point confondre les deux sensations, l'une olfactive, l'autre tactile, l'une perçue par le nerf spécial de l'olfaction, l'autre en rapport avec la sensibilité générale départie à toutes les surfaces tégumentaires. L'odeur de l'acide acétique et de l'ammoniaque n'entre pour rien dans les effets de leur inspiration ; ceux-ci ont exclusivement pour point de départ l'action topique de particules irritatives, volatiles comme leurs effluves odorants. Il y a des substances, d'ailleurs, qui ont peu ou point d'odeur, et qui n'en exhalent pas moins des particules qui affectent vivement la sensibilité tactile de la pituitaire ; telle est la poudre d'ipécacuanha ; telle est surtout la vératrine.

2° *Les propriétés sapides ont-elles de l'influence sur le mode d'action des médicaments?*

Cette question peut être soulevée pour les émétiques, les toniques amers et les purgatifs.

*A*. La sapidité des médicaments est souvent une cause d'arrêt ou de modification dans leur action thérapeutique. Nous en avons l'une des preuves les plus fréquentes dans l'administration des sels neutres purgatifs. La saveur désagréable de plusieurs d'entre eux, des sulfates de soude et de magnésie par exemple, sollicite le vomissement, ou au moins contribue à les faire rejeter par l'estomac peu après leur ingestion. Ils agissent alors comme des émétiques, ou comme des éméto-cathartiques, si une certaine quantité de leurs molécules a échappé aux contractions expultrices de l'estomac, et passé dans l'intestin. Il y a donc là, par le fait de la sapidité, bien plus que par suite d'une irritation gastrique qui n'est rien moins

que démontrée, arrêt ou trouble de l'action habituelle des purgatifs salins.

Les mêmes phénomènes de perversion pharmacodynamique peuvent se présenter pour d'autres médicaments, entravés au début de leur action par un état nauséeux créé par la sapidité. C'est ce qui a lieu surtout pour les médicaments possédant cette saveur spéciale que l'on appelle nauséeuse, et qui n'est souvent que relative aux goûts individuels. Telle substance, en effet, est nauséabonde pour un individu et ne l'est pas pour d'autres. La saveur nauséeuse, lorsqu'elle est perçue, prédispose au vomissement plus que toute autre, celle-ci fût-elle plus désagréable.

Le dégoût, sorte de répulsion antérieure à la dégustation, souvent inspiré par la seule vue d'un objet, basé tantôt sur la prévention, tantôt sur le souvenir de l'impression déplaisante d'une substance sur le palais, établit aussi une prédisposition aux contractions antipéristaltiques de l'estomac. Que le dégoût soit justifié ou accru par la sapidité, et celle-ci deviendra encore une cause efficiente de vomissement, surtout si elle est réellement nauséeuse. Ainsi l'eau tiède, qui a cette sapidité spéciale, fait vomir plus facilement que l'huile, qui est presque insipide mais qui inspire plus de répugnance. Pour ces deux substances il est impossible d'invoquer une irritation gastrique; leurs facultés émétiques éventuelles ne dépendent que de perceptions nerveuses condensées par l'organe du goût, pour se réfléchir ultérieurement sur l'estomac.

Si une substance n'est pas émétique par ses qualités intrinsèques, et si elle le devient seulement par sa sapidité, on comprend parfaitement qu'un correctif, qui masque ou change cette qualité accessoire, annule les sympathies répulsives de l'estomac, et qu'alors les propriétés dynamiques de la substance puissent s'exercer dans leur plénitude. En répondant à cette indication très-naturelle, on rend la dégustation du remède plus agréable, son ingestion plus facile; on assure enfin son action thérapeutique ultérieure, mais on ne la modifie point.

Il peut arriver, au contraire, que l'on modifie cette action thérapeutique en corrigeant l'impression que détermine une substance médicinale sur le sens du goût, et ce sont là des faits très-intéressants qui révèlent sous un jour particulier l'influence dynamique de la sapidité.

On sait que lorsque l'on administre le tartre stibié à des doses supérieures à celles que l'on emploie pour faire vomir, c'est-à-dire de 30 centigrammes à 1 gramme, on obtient la tolérance de ce

médicament. Mais on ne l'obtient pas toujours d'emblée, et au début de la médicamentation il survient fréquemment des nausées et des vomissements. Eh bien, l'un des meilleurs moyens d'établir la tolérance du tartre stibié, c'est d'effacer sa saveur nauséeuse; les correctifs aromatiques fournis par les huiles essentielles médicamenteuses amènent ce résultat; les potions stibiées, que l'on prive de toute saveur nauséeuse, font positivement moins vomir que celles auxquelles on laisse la sapidité normale du tartrate de potasse et d'antimoine. Il en est ainsi des potions préparées avec la racine et la poudre d'ipécacuanha. On peut même diminuer et supprimer chez quelques sujets la faculté émétique de ces deux médicaments, en annulant leur saveur nauséeuse dans des potions dosées et administrées selon les règles prescrites pour provoquer le vomissement.

Il ne faut pas confondre ces faits avec ceux où l'on obtient la tolérance du tartre stibié et de l'ipécacuanha à l'aide de l'opium, qui agit d'une tout autre façon que les correctifs de la sapidité.

Ainsi, l'une des propriétées fondamentales du tartre stibié et de l'ipécacuanha est de faire vomir; on annihile cette propriété en annulant la perception de leur sapidité normale; c'est là du moins ce qui arrive dans une imposante majorité de cas, car, il faut le répéter sans cesse, l'absolu n'existe pas en pharmacodynamie. Or, des faits qui démontrent, fussent-ils en minorité, cette conversion d'une action vomitive en une action altérante, sous la seule influence d'une modification dans la sapidité d'un corps, nous révèlent assurément l'une des plus curieuses connexions des réactions du goût avec les effets des substances ingérées.

*B*. En introduisant les toniques amers dans l'économie sans faire préalablement réagir sur eux le sens gustatif, on obtient dans beaucoup de cas leur action thérapeutique dans toute sa pureté. On l'obtient même dans ces formes si variées de la gastralgie, où la fonction digestive semble péricliter par un défaut d'excitation; et de quelque manière quo l'on présente alors à l'estomac les toniques amers, on peut les voir réussir. Mais on peut aussi s'assurer par l'observation, que si l'on fait déguster au préalable ces substances, avant de les livrer à l'élaboration digestive, l'impression particulière qu'elles exercent sur l'organe du goût stimule l'appétit, ce sens interne qui a des connexions manifestes avec le sens gustatif. C'est ainsi qu'en mâchant à jeun un fragment de rhubarbe, on réveille souvent l'appétit mieux qu'en portant directement ce médicament en poudre dans l'estomac. C'est encore ainsi que les vins amers,

dont la gentiane est le meilleur élément, semblent par leur saveur exciter le sentiment de la faim, pour favoriser plus tard et accélérer le travail nutritif. La liqueur d'absinthe, qui jouit de la réputation trop banale d'ouvrir l'appétit, la mérite jusqu'à un certain point; mais si elle a pour plusieurs individus la propriété qu'on lui attribue, elle ne la doit qu'à la saveur amère de son principal ingrédient, et non à d'autres qualités spécifiques. S'il n'était pas vrai que l'absinthe n'agit dans ce cas que par son amertume, plus on forcerait la dose, plus on forcerait l'appétit. Or, c'est précisément le contraire qui arrive, car les grands buveurs d'absinthe sont rarement de grands mangeurs.

Il y a donc une corrélation réelle entre les propriétés sapides des toniques amers et leurs propriétés dynamiques, et c'est là un des cas intéressants où le caractère organoleptique d'une substance médicinale peut être pris en considération pour donner une direction spéciale à son action thérapeutique.

*C*. En est-il de même pour les purgatifs, à certains desquels M. Mialhe a assigné une efficacité particulière en vertu de leur sapidité? Je ne le pense pas.

M. Mialhe part de ce principe, que l'excessive sapidité des médicaments, en stimulant vivement les membranes muqueuses, détermine une sécrétion abondante, aussi bien dans la cavité buccale que dans toute l'étendue du tube digestif. C'est ainsi qu'agiraient plusieurs purgatifs, les sels neutres alcalins, l'aloès, le colchique. Ce principe ferait comprendre l'action purgative du sulfate de quinine à haute dose, et de plusieurs autres substances très-sapides non classées dans les purgatifs [1].

Cette théorie me semble passible de nombreuses objections :

1° Il y a plusieurs substances très-sapides qui ne purgent pas; on en trouve un bon nombre dans les toniques amers, que nous employons à larges doses sans voir les évacuations alvines augmenter de nombre ni de quantité. Dans les essais que j'eus à instituer il y a peu d'années sur le bittéra, l'une des substances les plus amères que je connaisse, je n'ai jamais vu survenir la purgation.

2° Parmi les sels neutres alcalins : sulfates de soude, de magnésie, de potasse, tartrate de potasse et de soude, tartrate, phosphate, citrate de soude, citrate de magnésie, les deux premiers, qui sont plus sapides que les autres, purgent davantage, j'en conviens; mais

---

(1) *Recherches théoriques et pratiques sur les purgatifs*, par M. Mialhe, Union médicale, 1848.

la raison en est-elle dans leur sapidité? Rien ne le prouve, et je serais disposé à croire qu'ils doivent une plus grande énergie d'action à leur constitution chimique dans laquelle entre un acide minéral. Or, en général, et ce principe est vrai surtout pour les purgatifs salins, un sel à acide minéral possède, à dose égale, plus d'activité médicamenteuse que ceux à acide organique. Le bitartrate de potasse vient en preuve de ce dernier principe, et à l'encontre de celui de M. Mialhe ; car il est extrêmement sapide et ne constitue qu'un purgatif assez doux pour être jugé comme incertain. Si l'élément électro-négatif du sel est autre que l'acide sulfurique, le chlore ou l'iode par exemple, le sel pourra ne pas être plus sapide que les sulfates de soude ou de magnésie, et pourtant il sera infiniment plus actif ; ce dernier cas est celui du chlorure de sodium et de l'iodure de potassium.

3° Le sulfate de quinine à hautes doses purge ; mais cela n'a été observé que pour les doses toxiques ; des doses élevées de 2 à 5 grammes, dans le traitement des fièvres pernicieuses, ne provoquent pas habituellement des selles extra-normales. Le fait de purgation dans l'empoisonnement est attribuable à tant de causes que l'on ne peut l'invoquer comme règle, dans l'espèce, en présence du fait de sapidité.

4° Les substances très-sapides solliciteraient d'abondantes sécrétions sur toutes les muqueuses ; mais le phénomème n'est prouvé que dans les limites de la cavité buccale, et encore lorsque la substance est réactionnée par le sens gustatif. Si la sapidité n'est pas mise à l'épreuve, si la substance, sous une forme appropriée, franchit l'isthme du gosier sans avoir impressionné les papilles gustatives, nul appel anormal de fluides ne s'opère dans la bouche, et l'action purgative n'en a pas moins suivi son cours. C'est ce qui a lieu pour l'aloès et le colchique soustraits à l'inquisition du goût.

5° Sapides ou non, toutes les substances qui doivent déterminer des effets purgatifs excitent les sécrétions de la muqueuse intestinale. Rien ne prouve qu'elles les excitent davantage lorsqu'elles ont le pouvoir de provoquer par leur sapidité celles de la muqueuse buccale.

Malgré toute l'estime que m'inspirent les travaux de M. Mialhe, et en particulier le mémoire très-remarquable où cette opinion a été consignée, il m'est impossible d'admettre une relation de cause à effet entre la sapidité des corps et leur action purgative.

Je pense donc que les saveurs sont hors de cause dans les phénomènes de la purgation.

**De l'anésthésie du gout comme résultat a atteindre pour favoriser l'administration et la tolérance des médicaments.** — En pharmacologie, le caractère organoleptique déduit de l'impression gustative a une double importance ; il nous aide à distinguer un médicament d'autres substances, à le spécifier, et il corrobore les autres documents fournis par son état physique. Ce caractère détermine, en outre, le degré de facilité avec lequel un médicament sera accepté par un malade, voire même toléré par l'organisme.

Le goût est un sens capricieux et tyrannique, avec lequel il faut presque toujours pactiser en thérapeutique appliquée. Il est incontestable que les remèdes d'une saveur agréable ont plus de faveur que ceux qui révoltent le palais, et que l'insipidité est le gage le plus assuré de leur acceptation.

Si dans la plupart des cas l'odeur et la saveur des médicaments ne tiennent pas sous leur dépendance l'action spéciale de ces substances, et si cette action peut tout aussi bien se développer dans les circonstances où les propriétés odorantes et sapides des composés médicamenteux ont échappé aux perceptions sensoriales ; si, d'un autre côté, nous tenons compte de ces répulsions très-naturelles de nos sens contre les impressions pénibles, nous sommes conduits logiquement à rechercher des moyens à la faveur desquels seraient dissimulées les odeurs et les saveurs qui, par la répugnance qu'elles inspirent, s'opposent souvent à l'administration d'un remède, ou le font rejeter par l'estomac avant qu'il ait eu le temps d'agir.

Pour les odeurs, il est facile d'en éviter la perception ; il suffit de déterminer artificiellement l'occlusion des narines. Or, comme la sensation olfactive renforce le sens du goût, en fermant le nez au moment où l'on avale une substance d'une saveur désagréable, non-seulement on n'en perçoit pas l'odeur, mais encore on la déguste moins complétement, et l'on pallie ainsi en partie ce que sa saveur peut avoir de déplaisant. Mais il est des substances qui ont peu ou point d'odeur, et dont la saveur est fort désagréable ; beaucoup de substances âcres, salines, amères, sont dans ce cas. Il faut donc alors masquer ou détruire leur saveur, ou bien abolir momentanément le goût : c'est ce dernier résultat qu'il serait le plus utile d'atteindre, et il est à désirer que des recherches soient faites en vue d'obtenir l'anésthésie du goût, de même que l'on a tenté d'obtenir l'anésthésie locale pour supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. J'ai commencé à cet égard quelques expériences que je m'abstiendrai de mentionner, parce qu'elles ne sont pas concluantes ; je ne suis parvenu qu'à modifier le sens du goût, de

façon à rendre moins perceptibles certaines saveurs. Ainsi, en tenant dans sa bouche pendant quelques minutes une solution d'eau-de-vie, de rhum, de kirsch surtout, d'eau de menthe, ou même un peu d'une de ces liqueurs pures, avant de déguster une substance d'une saveur désagréable, on perçoit beaucoup moins cette saveur. Mais c'est particulièrement le tannin qui m'a paru préférable pour émousser momentanément le goût; en employant préalablement, en guise de collutoire, une solution de 2 à 4 grammes de tannin pour 100 d'eau, on perçoit à peine plusieurs saveurs, les saveurs salines entre autres; c'est un moyen que j'ai souvent employé avec avantage pour faire passer avec moins de répugnance les solutions des sels neutres purgatifs. C'est le cas de rappeler ici les propriétés du pyrothonide (huile de papier de Lémery), signalées par M. Johnson, et remises en lumière par MM. Trousseau et Pidoux [1]; en déposant sur la langue quelques gouttes de ce produit, on abolit à l'instant le sens gustatif, et cet état persiste quelquefois pendant une heure; on a peut-être eu tort d'oublier le parti qu'on en pouvait tirer pour faciliter l'ingestion de certains médicaments.

Conclusion.—Les considérations présentées dans cet article ayant fait la part des rapports qui peuvent exister entre les propriétés physiques et organoleptiques des médicaments et leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques, on voit que les premières ne suffisent pas à la détermination préventive des secondes. Il y a néanmoins des observations intéressantes à recueillir dans cet examen préliminaire des corps, qui nous fait apprécier leurs caractères extérieurs, leurs qualités extrinsèques; et la perception par nos sens de ces caractères et de ces qualités nous fournit un premier ordre de notions indispensables pour spécifier individuellement les corps et les distinguer entre eux. Les descriptions les plus exactes ne nous donnent jamais qu'une idée imparfaite des propriétés physiques d'une substance; il faut en juger par soi-même pour en graver dans sa mémoire la forme, la texture, la coloration, la consistance; il faut vérifier par soi-même le jugement que d'autres ont porté de son odeur et de sa sapidité; voir, toucher, odorer et déguster les substances médicamenteuses, tels sont tous les éléments du travail préparatoire auquel on doit se livrer dans l'étude des agents de la pharmacologie. Il est des circonstances dans lesquelles le médecin est appelé à prononcer à première vue sur l'espèce d'un médicament ou d'un poison; comment le fera-t-il s'il n'en a jamais eu le spécimen à sa

(1) *Traité de thérapeutique et de matière médicale.*

disposition, ou s'il a négligé d'y arrêter son attention ? Bien des méprises regrettables ont été la suite d'un défaut d'instruction à cet égard ; on n'a pas toujours sous la main les réactifs chimiques propres à fixer sur la nature d'une substance. Mais nous avons dans nos sens de précieux réactifs organiques, qui, à défaut d'autres, nous donnent des renseignements importants, et qui corroborent souvent les résultats minutieux et délicats de l'analyse.

Il faut voir les médicaments comme il faut voir les malades. Il faut observer et expérimenter dans les droguiers et dans les laboratoires tout autant que dans les cliniques. La pharmacologie ne s'apprend pas plus dans les livres que la pathologie et la thérapeutique, et des études pratiques, variées de mille manières, sont indispensables pour acquérir dans ces trois branches de la science médicale les connaissances qui placent un médecin à la hauteur de toutes les situations.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Note sur un nouveau moyen de traitement de la surdité même congénitale.

Lorsqu'on considère l'importance du sens de l'ouïe dans notre vie de civilisation, on a lieu de s'étonner de la négligence qu'on apporte à l'étude et surtout au traitement des maladies de l'oreille. Quelle différence entre le degré d'avancement de la thérapeutique des affections de l'œil et de celles de l'oreille! La position superficielle du globe oculaire, la transparence de ses milieux ont facilité beaucoup l'étude de ses lésions morbides; tandis que la situation de l'appareil auditif, au centre de l'un des os de la base du crâne, semble le dérober aux recherches des investigateurs. Mais est-ce bien à cette seule circonstance que sont dues les lacunes que présente le traitement des maladies de l'oreille, et surtout la surdité qui souvent en est la suite? Nous ne le pensons pas. L'absence d'études spéciales de ces maladies pendant toute la durée des études médicales; la négligence des malades à consulter leur médecin, alors que la surdité débute; enfin la négation de la valeur de presque tous les moyens de traitement que l'on trouve formulés dans la plupart des traités spéciaux; toutes ces causes, la dernière principalement, font que dans les quelques cas où ils sont consultés, les praticiens se croyant désarmés ne font aucun effort pour triompher des accidents qu'ils ont à combattre.

Prenons l'électricité pour exemple de la valeur des jugements formulés par les médecins auristes. Malgré les témoignages nombreux et incontestables fournis par Bertholon, Mauduyt, Carvallo, Hufeland, etc., et, plus près de nous, par MM. Duchenne et Philippeaux, tous les spécialistes de nos jours nient encore l'efficacité de cet agent. Quelques-uns d'entre eux disent bien que c'est seulement après avoir expérimenté la nouvelle médication qu'ils prononcent un semblable jugement; mais trop souvent ils oublient de nous apprendre l'espèce d'électricité qu'ils ont employée, ainsi que les procédés qu'ils ont mis en œuvre. Ainsi, aujourd'hui, malgré les quelques cas de succès constatés, on doit rejeter et l'électricité statique, à cause de l'ébranlement causé par le choc en retour, et l'électricité galvanique, puisqu'on ne peut isoler les propriétés physiologiques des propriétés chimiques et calorifiques. Il n'en est plus de même depuis que la physique nous a doté de l'électricité d'induction. En outre, les procédés de localisation formulés par M. Duchenne, ainsi que la graduation si exacte des courants fournis par les nouveaux appareils, rendent cette médication non-seulement efficace mais encore inoffensive, *primò non nocere*.

Ce n'est pas des ressources de la faradisation qu'il doit être question dans cette note, mais d'une médication encore plus simple et tout empirique, qui nous est dévoilée par un rapport à M. le ministre de l'instruction publique. Hippocrate nous a appris à ne pas repousser un enseignement, alors même qu'il nous serait fourni par une personne étrangère à notre profession. M. Béhier a obéi à ce précepte et nous l'en félicitons, quel que soit l'avenir réservé au moyen qu'il nous fait connaître. Voici dans quelles circonstances notre honorable et savant confrère a été amené à s'occuper du traitement nouveau de la surdité.

Une institutrice privée, habitant un des quartiers les plus pauvres de Paris, avait été conduite par de singuliers hasards à découvrir un moyen qui l'avait guérie d'une surdité dont elle était atteinte depuis plusieurs années, et qui la forçait de renoncer à l'exercice de sa profession. A mesure qu'elle recouvrait son ouïe, la pensée lui vint d'expérimenter la valeur de son moyen sur deux jeunes enfants sourds-muets qui fréquentaient sa classe. Le succès dépassa ses espérances, et, dès ce moment, elle se voua à l'éducation de ces déshérités de la nature, avec un tel zèle et une si grande charité, que l'Académie française lui accordait un des prix de vertu fondés par M. de Montyon. La charité ne fait pas vivre; et bientôt, contrainte par le besoin, M^lle^ Cléret dut adresser à M. le ministre de l'instruc-

tion publique la demande d'un secours qui lui permît de poursuivre son œuvre. M. Béhier fut chargé d'examiner la valeur des assertions de Mlle Cléret. Les résultats dont elle le rendit témoin lui parurent assez remarquables pour que notre confrère, après avoir obtenu le secours demandé, crût devoir provoquer la nomination d'une Commission, qui continuerait et compléterait, surtout au point de vue pédagogique, l'examen des procédés de Mlle Cléret.

Cette Commission, composée de MM. Lélut, président; Bérard, Georges Ritt, Valade-Gabel, Rapet, Pillet, Béhier, rapporteur, s'est réunie au mois d'octobre 1856, pour la première fois; et, tous les trois mois, elle s'est rassemblée pour constater l'état des enfants soumis par Mlle Cléret à son examen. Elle suivait cette étude avec la plus grande attention, lorsqu'une maladie terrible a éclaté chez cette institutrice. Le bien-être succédant à une misère profonde, une sorte d'éclat la tirant de son obscurité, et, disons-le, les tentatives faites par un médecin spécialiste pour lui arracher son secret (secret qu'elle n'avait pas cependant hésité à confier à la loyauté bien connue de M. Béhier); tous ces contrastes troublèrent sa raison. Mlle Cléret, après avoir été placée chez M. Pinel, est entrée aujourd'hui à Charenton. Son affection étant incurable, la Commission, après plus de trois années d'études et d'attente, vient enfin d'adresser au ministre son rapport. La maladie de Mlle Cléret, en laissant certains points de la question pendante, ne permettait pas à la Commission de formuler un jugement définitif. Quelque réservée que soit sa conclusion, les faits signalés par la Commission n'en sont pas moins des plus remarquables.

Voici la partie importante du rapport de M. le docteur Béhier.

« Dans les soins que donnait Mlle Cléret aux sourds-muets, elle distinguait deux choses : c'était d'abord une méthode qu'elle croyait avoir imaginée pour l'éducation intellectuelle et linguale, si l'on peut s'exprimer ainsi, de ses petits élèves; puis, c'était l'emploi d'un moyen matériel et physique directement appliqué sur les oreilles et destiné par elle à réveiller le sens de l'ouïe et à faciliter par conséquent l'emploi de sa méthode.

« Sur le premier point la Commission a reconnu que Mlle Cléret n'avait pas, à proprement parler, de méthode particulière. Elle avait mis en œuvre avec zèle et intelligence tous les procédés possibles ; mais, dans l'enchaînement qu'elle proposait, la Commission n'a pu voir une méthode spéciale, particulière, coordonnée et nettement formulée.

« Quant au moyen matériel que Mlle Cléret considérait comme

capable de réveiller et de développer l'ouïe, elle y était arrivée par hasard. Elle acheta un jour un objet de mercerie qui fut enveloppé dans une feuille détachée d'un ouvrage de géographie, et sur laquelle elle lut que les paysans de telle contrée exposaient leurs oreilles à telles ou telles émanations pour se guérir de la surdité. Mlle Cléret était sourde depuis longues années. Elle commença sur elle-même des expériences dans lesquelles, quant au choix des substances, elle fut guidée, non par des connaissances chimiques, mais par de pures analogies de sons et de désinences. Après avoir employé les substances les plus nuisibles et d'une douloureuse application, elle arriva à la substance qu'elle emploie maintenant, et, très-étonnée des excellents résultats qu'elle en obtint sans aucun dommage, elle l'appliqua à ses élèves après s'être guérie elle-même.

« La Commission a fait constater les bons effets des soins de Mlle Cléret.

« Vingt-neuf enfants ont été traités par cette institutrice ; tous ont obtenu des résultats avantageux. Deux de ceux qu'elle a fait passer sous les yeux de la Commission, et qui avaient été soignés par elle bien avant nos réunions, étaient complétement guéris. La Commission n'a pu juger le point de départ des efforts de Mlle Cléret dans ces deux cas que par les certificats qui lui ont été présentés, et qui, émanant de médecins distingués, déclaraient ces deux sourds-muets incurables.

« Sept enfants nous ont été soumis avant toute tentative au début, et nous avons constaté avec tous les soins possibles leur complète et absolue surdi-mutité, également attestée d'ailleurs par des certificats médicaux. Chez tous, et notamment chez quatre, après huit et neuf mois de soins, nous avons pu reconnaître un changement manifeste. Les bruits, le son de la voix étaient perçus avec grande facilité, et si les enfants ne comprenaient pas toujours avec netteté ce qui leur était dit, ils entendaient bien positivement. Nous n'entrerons pas ici, monsieur le ministre, dans le détail des précautions que nous avons prises pour asseoir notre jugement. Nous prions Votre Excellence d'être persuadée que nous avons apporté le soin le plus minutieux pour éviter toute cause d'erreur, et pour nous mettre à l'abri des perceptions obtenues à l'aide des autres sens, si développés chez les sourds-muets, et qui auraient pu faire croire à une audition qui cependant n'aurait pas existé.

« Ces faits ne sont pas les seuls. Après le rapport de l'Académie française, un nombre assez considérable de personnes atteintes de surdité, ou ayant des enfants sourds-muets, ont demandé des soins

à Mlle Cléret. Elle n'a pas cru devoir accéder à ces demandes sans en référer à la Commission; elle ne voulait pas pratiquer la médecine, ce à quoi elle n'était nullement autorisée. La Commission, voulant multiplier les occasions d'étudier les moyens employés par Mlle Cléret, et désirant surtout les examiner ailleurs que chez des enfants exclusivement confiés à cette institutrice, chargea l'un de ses membres de prendre sous sa responsabilité médicale la prescription du procédé de Mlle Cléret à des personnes étrangères. Vingt personnes, à peu près, lui furent ainsi confiées. Toutes n'étaient pas des enfants sourds-muets; dans le nombre il y avait des vieillards dont l'ouïe diminuait ou s'obturait même d'un côté. Chez tous ces malades il y a eu un résultat très-notable. Nous joignons au dossier trois pièces à ce sujet, et nous appellerons plus particulièrement l'attention de Votre Excellence sur celle qui émane de M. Plauzoles, que la Commission a eu occasion d'entendre.

« La Commission a également vu le moyen réussir pour restaurer très-promptement l'ouïe obturée chez les convalescents de fièvre typhoïde. Malheureusement, si on excepte les deux ou trois enfants que Mlle Cléret a présentés et qui entendent bien, partis qu'ils sont d'une surdi-mutité complète, attestée par des certificats authentiques; malheureusement, disons-nous, la maladie de Mlle Cléret a interrompu les expériences commencées, et nous ne pouvons présenter, pour le fait que nous avons pris *ab ovo*, que des améliorations très-manifestes, mais rien de complet, rien de définitif. »

Voici les trois pièces auxquelles M. Béhier fait allusion dans son rapport :

« D'après le désir que vous avez exprimé, j'ai l'honneur de vous exposer les résultats obtenus par le traitement de Mlle Cléret sur mon fils sourd-muet.

« Mlle Cléret a commencé le 26 septembre dernier à venir deux fois par semaine donner ses soins à mon fils, aujourd'hui âgé de huit ans et huit mois. A cette époque, cet enfant, bien que ses oreilles ne fussent pas absolument insensibles, était dans le même état qu'un sourd-muet. Il entendait trouble, si je puis me servir de cette expression; je ne saurais mieux en effet comparer sa position qu'à celle d'une personne qui, percevant la lumière, ne distinguerait pas les objets. L'enfant entendait donc un peu, mais sans distinguer les sons, et par conséquent sans comprendre. Telle est du moins mon appréciation. Cet enfant, que je commençais à instruire d'après la méthode de M. Valade-Gabel, ayant toujours montré beaucoup d'intelligence, je n'ai jamais pu attribuer son état incomplet qu'à l'im-

perfection de son ouïe. Sa parole se bornait à la prononciation peu intelligible des noms de quelques personnes qui l'entouraient.

« Aujourd'hui, mon enfant est en pleine voie de guérison ; ses oreilles sont sensibles ; il prononce d'une manière très-satisfaisante un grand nombre de mots, et s'il ne réussit pas à bien répéter tous ceux qu'on veut lui faire dire, ses efforts pour les articuler prouvent qu'il les a parfaitement entendus ; il se rapproche toujours suffisamment de la bonne prononciation, pour montrer que l'obstacle qu'il rencontre est uniquement dans la difficulté de mouvoir à son gré les organes de la parole.

« Le 18 novembre dernier, j'ai pu, d'après les résultats dès lors obtenus, donner à Mlle Cléret un certificat où je relatais, dans des termes à peu près semblables mais moins accentués, les faits que je viens d'énoncer. Depuis cette époque, les progrès sont tels qu'ils dépassent tout ce que je croyais pouvoir raisonnablement espérer. L'enfant assemble volontiers plusieurs mots et commence à comprendre et à former très-bien des petites phrases ; il frappe d'étonnement toutes les personnes qui le connaissent.

« Grâce au traitemont de Mlle Cléret, je vois donc chaque jour mon fils se dégager de son état de si fâcheuse infériorité.

« Veuillez agréer, etc. A. Plauzoles. »

Versailles, le 30 janvier 1859.

« Le soussigné certifie que Mlle Cléret a donné des soins à deux de ses élèves, âgés de onze ans, atteints de surdité dès leur première enfance. Nous avons pu constater une amélioration sensible dans leur état après un traitement de quelques semaines, et qui nous fait regretter l'interruption de ces soins par suite de la maladie de Mlle Cléret. Wreller. »

Paris, le 18 février 1859.

« Dans le but de contribuer à éclairer la Commission chargée de constater l'efficacité du traitement de Mlle Cléret, je déclare qu'au moment où une maladie si fâcheuse est venue interrompre ses visites, cette demoiselle obtenait dans ma famille un commencement de succès très-remarquable.

« Depuis mon enfance, une de mes oreilles était affectée d'une surdité d'autant plus gênante, qu'elle se compliquait de bourdonnements presque continuels. Mon fils, âgé de quinze ans, avait la même infirmité, et la crainte qu'elle ne vînt entraver la carrière de ce jeune homme, que je destine à l'Ecole militaire, était pour moi un grand sujet de préoccupation. Quatre pansements appliqués par Mlle Cléret ont amené chez lui une amélioration très-notable ; quant

à moi, un seul que j'ai subi a réveillé l'ouïe d'une manière surprenante. Dans ces deux cas, le mieux est resté acquis, malgré la cessation du traitement, et les bourdonnements ont en grande partie disparu. J'ai donc lieu, en déplorant une interruption que sa cause rend encore plus regrettable, de désirer vivement que des mesures soient prises sans retard, pour permettre de se procurer de nouveau le bienfait d'un traitement dont l'efficacité est évidente.

Versailles, le 9 mars 1859. Le général Lemaire. »

Nous pourrions ajouter quelques faits qui nous ont été communiqués, ou dont nous avons été témoin, à ceux signalés par la Commission, mais nous nous abstenons, nous proposant de revenir prochainement sur ces intéressants essais, et de discuter la médication nouvelle avec la plus grande masse d'expérimentations qu'il nous aura été possible de rassembler.

La substance employée par M^lle^ Cléret n'était autre que l'éther sulfurique. Une fois par jour elle instillait dans le conduit auditif externe de ses petits sourds-muets 4, 6 et 8 gouttes de l'agent médicamenteux. Elle doublait les doses chez les grandes personnes.—La sensation produite par l'introduction de l'éther n'est nullement pénible. Afin de mieux juger des effets, nous nous sommes soumis à l'expérience; la première impression est une légère sensation de froid provoquée par l'évaporation du liquide à laquelle succède une plus faible sensation de chaleur.—Dans les premières séances et chez les jeunes malades, on fera bien de n'introduire d'abord qu'une ou deux gouttes d'éther, sauf à renouveler l'instillation quelques minutes plus tard, alors que tout sentiment de crainte aura disparu. Quant aux effets physiologiques, ils ne sont sensibles qu'autant qu'il existe un peu de paresse de l'ouïe; on a conscience alors de la légère exaltation que subit la fonction; les sons sont perçus avec plus de netteté et à une plus grande distance, et ce résultat dure pendant toute la journée.

L'emploi de l'éther sulfurique n'est pas chose nouvelle dans la thérapeutique des maladies de l'oreille; Itard, M. Kramer et plus récemment notre collaborateur, M. Delioux, dans ce journal, ont mis en relief les services que cette substance pouvait rendre dans le traitement de plusieurs de ces affections; mais tous ont employé l'éther en vapeurs. Itard projetait l'éther sur une pelle rougie au feu et dirigeait les vapeurs dans la caisse du tympan, au moyen de tubes terminés par un cathéter, procédé vicieux qui décomposait la substance au lieu de la volatiliser. M. Kramer a mis en œuvre la médication avec plus d'intelligence, et dit s'être bien trouvé de

ces injections gazeuses contre les surdités nerveuses. C'est encore pour combattre les éléments éréthisme, douleur, que M. Delioux conseillait l'emploi des vapeurs d'éther dans le traitement de certaines formes de la paracousie (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLIV, p. 529). L'instillation du médicament dans le conduit auditif semble devoir donner de plus beaux résultats, à en juger par les faits connus.

En rappelant, au début de cette note, le jugement prononcé par les spécialistes sur la valeur de l'électrisation dans le traitement de la surdité, c'était moins pour protester contre une erreur que pour rappeler l'attention sur ce moyen. La surdité nerveuse se montre tantôt avec éréthisme, et relève alors de la méthode anesthésique locale; d'autres fois elle présente une forme torpide et réclame l'emploi de la stimulation faradique. Enfin, puisque nous disons un mot des indications ainsi que des ressources thérapeutiques nouvelles, rappelons les cas de surdité compliquée d'affections eczémateuses localisées dans les conduits auditifs externes, et les bons effets obtenus des applications topiques de glycérine, et mieux encore du glycérolé do goudron pour triompher de ces dermatoses. Celles-ci disparues, on met en œuvre l'électrisation.

A l'aide de cette médication complexe, nous avons guéri, il y a près de dix années déjà, deux malades placés aux deux extrêmes de la vie. L'un était le père de l'un de nos confrères, vieillard vigoureux, âgé de soixante-seize ans, et qui depuis plus de vingt années avait perdu l'ouïe du côté droit. Il rapportait sa surdité à une affection eczémateuse qui s'était localisée dans la région auriculaire; il n'en restait d'autre vestige que des démangeaisons intolérables. Des embrocations de glycérine triomphèrent de l'hypéresthésie cutanée, plus tard il fallut recourir au glycérolé de goudron pour terminer la cure. Pendant que nous combattions la dermatose par l'usage de ces substances, nous attaquions la surdité avec les courants d'un appareil d'induction. En moins d'un mois de traitement, le malade était guéri, et sa cure se maintient malgré son grand âge.

L'autre était une jeune fille de douze ans, presque sourde-muette, car elle avait perdu l'ouïe vers l'âge do trois ans, à la suite d'une scarlatine, et partant l'usage de la voix articulée. L'emploi permanent de glycérine et une séance quotidienne d'électrisation avaient amélioré son état, au point que, deux mois après le début de son traitement, elle commençait à reprendre l'usage de la parole.

Puisquo l'occasion nous eu est offerte, disous que M. Duchenne poursuit avec un zèle des plus louables le traitement du petit sourd-muet dont il a consigné ici l'observation, et que chaque année l'a-

mélioration de l'ouïe se prononce davantage. Depuis, deux autres nouveaux petits sourds-muets ont été soumis aux mêmes procédés d'électrisation : ils commencent à percevoir déjà la voix et par conséquent à parler.

Quoi qu'en disent certains contempteurs de notre art, la thérapeutique appliquée progresse et s'enrichit de temps en temps de médications nouvelles. Celle que nous signalons sera d'autant plus précieuse que son essai, tenté avec intelligence, doit toujours être inoffensif. D.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### De la concentration du principe actif des végétaux dans leurs semences.

Un fait relatif à un empoisonnement par les graines de jusquiame, observé par le docteur Descôtes, de Rumilly, sur une petite fille de six ans qui, bien que n'en ayant ingéré qu'une faible quantité, resta pendant plusieurs jours sous l'influence du principe toxique de cette solanée, a suggéré à ce médecin des réflexions qui ont leur importance en matière médicale. M. Descôtes a émis l'idée de la concentration du principe actif des végétaux dans leurs graines. Il cite pour exemple celles de ciguë et de moutarde, et fait remarquer que la graine ou fruit étant le point de départ et le terme du végétal, il serait rationnel d'admettre qu'elle contient non-seulement l'embryon des organes de ce végétal, mais encore en puissance et en réalité les propriétés dont il est doué.

La concentration du principe actif dans telle partie d'une plante, si on devait admettre cette idée, semble subordonnée à la force de végétation qu'elle présente. A l'époque de la floraison, alors que les feuilles sont dans toute leur vigueur, c'est cet organe qui est le plus développé et par conséquent le plus nourri. Lorsque la fructification de la plante est avancée, tous les organes autres que le fruit sont dans un état de dégénérescence, si elle est annuelle ou bisannuelle, de paresse ou ou de souffrance, si elle est vivace. On comprend que pour les plantes vivaces herbabées et ligneuses, après leur période annuelle d'évolution, abstraction faite des fruits, la racine et l'écorce sont les seuls organes qui présentent une concentration de sucs. Ces conditions ont servi jusqu'ici de règle en matière médicale pharmaceutique; mais combien l'emploi des espèces végétales ne serait-il pas simplifié, s'il était prouvé que les fruits, comme le pense M. Descôtes, sont le réceptacle du principe actif! Si ce fait,

qui peut être considéré comme avéré pour un grand nombre d'espèces et qu'on peut étendre rationnellement à toutes les plantes annuelles et bisannuelles, venait à être généralisé pour les plantes vivaces, cela constituerait une révolution dans le maniement des végétaux médicamentaux. Les récoltes des feuilles, écorces, racines, si sujettes, on le sait, à des variations, ne se font pas toujours dans de bonnes conditions. Les inconvénients de dessiccation et de conservation des espèces qui, sous un fort volume, présentent des difficultés sérieuses, disparaîtraient, et la pratique médicale n'aurait pas à déplorer de fréquentes inégalités d'action dans l'emploi des espèces végétales et des préparations dont elles sont la base.

---

### Sirop contre la migraine et les névralgies intermittentes.

M. Gaudier, élève de la pharmacie Cadet-Gassicourt, fait connaître un sirop antinévralgique, qu'une longue expérience, affirme-t-il, a démontré des plus efficaces, spécialement contre la migraine. Voici la formule et les détails de sa préparation :

| | |
|---|---|
| Café faiblement torréfié........ | 250 grammes. |
| Eau bouillante } Sucre } | une s. q. pour faire 1 kilogramme de sirop. |
| Cinchonine.................. | 6gr,40 |
| Sulfate de morphine........... | 0 ,32 |

On traite d'abord le café à plusieurs reprises par l'eau bouillante, dans un appareil à déplacement. Ensuite on prépare un sirop à froid et on filtre au papier. D'autre part, on fait dissoudre la cinchonine et le sulfate de morphine dans une petite quantité d'eau distillée à l'aide de quelques gouttes d'acide sulfurique ; après solution faite, on filtre et on mêle au sirop. Chaque 30 grammes de sirop contient 20 centigrammes de cinchonine, et 1 centigramme de sulfate de morphine, équivalant à deux cuillerées à soupe.

Une cuillerée à soupe, au commencement de la migraine, la calme généralement au bout d'une demi-heure ; si, après ce temps, on trouve l'effet trop lent, on en prend une seconde cuillerée ; cette dose suffit presque toujours.

Pour les névralgies on emploie ce sirop aux mêmes doses, mais il est important de prendre la première une heure avant l'accès, quand on peut le prévoir.

---

### Lotions contre les éphélides.

Lorsque les éphélides, si communes dans la grossesse et dési-

gnées alors sous le nom de *masque*, persistent après les couches, M. Hardy conseille la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau distillée.............................. | 125 grammes. |
| Sublimé.................................. | 50 centigrammes. |
| Sulfate de zinc.......................... | 2 grammes. |
| Acétate de plomb........................ | 2 grammes. |
| Alcool pour dissoudre le sublimé........... | Q. S. |

à employer en lotions le matin et le soir. Quand ce topique échoue, les eaux de Barèges ou de Luchon, administrées en douches locales sur les parties affectées, y produisent une inflammation légère qui favorise la résorption des amas de pigment dont se composent les éphélides.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### De l'emploi du chloroforme en inhalations comme moyen de prévenir l'ankylose des genoux dans un cas de contracture hystérique des membres inférieurs ayant duré près de deux ans.

Par M. le docteur FONSSAGRIVES, professeur à l'École de Brest.

L'observation qui va suivre me paraît présenter un double intérêt : d'abord comme fait pathologique, en ce qu'elle a trait à une singulière et très-rare intrication de symptômes appartenant à la fois à la physionomie de l'hystérie, de la léthargie et de la catalepsie, et ensuite, ce qui rentre plus directement dans les préoccupations du *Bulletin*, comme fait thérapeutique révélant tout le parti qu'on peut tirer du chloroforme, dans des cas analogues de contracture cataleptique de longue durée, pour prévenir les désordres irrémédiables que l'immobilité prolongée ne manquerait pas de produire dans les articulations soumises pendant des mois ou des années entières à cette roideur contracturale. Je ne sache pas que cette ressource ait jamais été employée dans des cas analogues, et c'est pour cela que j'attache un intérêt tout pratique à la faire connaître. Voici succinctement cette observation :

Miss Eliza K*** est âgée de vingt et un ans, elle est née à Londres; ses cheveux sont châtain clair, ses yeux bleus, son teint habituellement assez coloré ; sa peau fréquemment recouverte d'efflorescences eczémateuses; sa taille est grêle et tout en elle accuse une impressionnabilité nerveuse des plus grandes, accrue encore par des épreuves morales douloureuses auxquelles elle a été soumise.

Les commémoratifs héréditaires présentent un certain intérêt :

sa mère est morte poitrinaire à trente-trois ans ; son père a soixante-deux ans ; il jouit d'une santé vigoureuse et n'a jamais fait de maladies graves ; elle a eu trois frères ou sœurs du même lit qu'elle : trois sont morts, l'un à vingt et un ans, de phthisie pulmonaire ; le second à dix-neuf ans, d'une fièvre cérébrale ; le troisième à trois ans, d'une affection inconnue. Sa grand'mère maternelle a été prise, à l'âge de trente ans, d'une roideur contracturale des jambes, roideur qui persistait encore à soixante-deux ans, époque à laquelle miss K*** l'a connue. Elle gardait constamment le lit, les jambes étendues invinciblement l'une contre l'autre. Il me paraît très-certain que ces accidents ont été de la même nature que ceux présentés par sa petite-fille, et qu'une contracture hystérique avait été suivie à la longue d'ankylose complète des deux genoux, faute de moyens efficaces pour mobiliser ces jointures de temps en temps pendant la durée des accidents convulsifs. Il paraît, au reste, que sa santé générale était peu modifiée, puisque, depuis le début de cette infirmité, quinze grossesses avaient été conduites à bon terme.

Miss K*** a été élevée à Londres et a habité cette ville jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque à laquelle elle vint en France. Son enfance fut maladive, elle était obligée souvent de s'aliter. A l'âge de onze ans, elle fut prise d'un eczéma étendu avec lequel coïncidèrent des douleurs erratiques très-vives dans les membres. Cette éruption persista trois ans, se déplaçant et occupant successivement la figure et le tronc. A douze ans, douleurs vives et persistantes au bas-ventre ; à seize ans, première apparition des mois, et peu après fièvre typhoïde très-grave et de longue durée. La menstruation a toujours été laborieuse, irrégulière, ayant souvent des interruptions prolongées pendant la durée desquelles se manifestaient de la céphalalgie, de l'inappétence, des spasmes variés. Elle a toussé toute sa vie. De seize à vingt et un ans, état persistant de dysménorrhée et de dyspepsie entremêlé de fièvres rémittentes dyspeptiques (fièvres muqueuses) d'une durée de trois semaines environ.

En 1856, miss K*** réclame mes soins. Elle était depuis longtemps dans un état valétudinaire habituel ; la langue se chargeait très-souvent, l'anorexie était invincible, les digestions capricieuses et difficiles ; il y avait des alternatives de constipation et de diarrhée. Dans le courant du mois d'août, des douleurs vives se manifestèrent dans les jambes, et le malaise de chaque période cataméniale devint plus sensible. Pendant le reste de l'année, survinrent plusieurs poussées eczémateuses coïncidant généralement avec les mois, et s'accompagnant toujours d'accidents dyspeptiques très-

tenaces. En décembre, la malade est obligée de s'aliter pour un de ces états muqueux. Le 26, elle est prise de crampes très-fortes dans les jambes, crampes qui se succèdent presque sans interruption tout le jour et toute la nuit. Elles alternent avec des douleurs vives dans le ventre, les lombes, entre les deux épaules et dans les membres inférieurs; les bras, jusqu'ici, sont restés complétement libres. L'aménorrhée a persisté depuis trois mois malgré l'emploi le plus persévérant des emménagogues. Le 27, des sangsues en petit nombre sont appliquées à la vulve, mais sans résultat. Le 30, un bain tiède avait été prescrit pour modifier les crampes qui avaient pris une intensité très-douloureuse. Dès que la malade touche l'eau, elle tombe dans un sommeil léthargique qui se continue dans le bain, persiste quelques heures après, continue malgré les excitations périphériques les plus énergiques, et ne cède momentanément que sous l'action des affusions froides. Mais dès qu'on l'abandonne à elle-même, elle retombe dans le même état. Pendant ce sommeil, les traits sont calmes, la figure très-rouge, les membres dans un état complet de résolution. Ces phénomènes léthargiques diminuent peu à peu, mais quelques semaines après, et à la suite d'un nouveau bain, ils reprennent encore avec plus d'intensité. Le sommeil dure cette fois soixante-douze heures sans interruption, et résiste à tous les moyens, même aux affusions froides. Dès les premiers jours de janvier, et à la suite de la première atteinte léthargique, les membres inférieurs s'étaient roidis, mais sans que la malade eût conscience de cette contracture incomplète, attribuant à la faiblesse la gêne qu'elle éprouvait pour marcher. Vers la fin du même mois, on veut essayer de lui faire faire quelques pas en la soutenant sous les bras, mais on s'aperçoit que les jambes sont comme d'une seule pièce, et que les jointures ne fléchissent plus. A peine les pieds ont-ils touché le sol, que la malade tombe brusquement dans un sommeil profond pendant lequel tous les muscles sont en résolution complète, à l'exception de ceux des membres inférieurs qui sont, au contraire, le siége d'une rigidité contracturale des plus fortes. Les jambes sont roides, étendues l'une contre l'autre, les genoux se touchent fortement, les cuisses sont dans l'adduction. Quand on imprime des mouvements aux membres inférieurs, ce sont des mouvements de totalité qui sont excessivement douloureux, et qui retentissent dans les muscles de l'abdomen et des lombes. Peu de jours après l'apparition de cette contracture, les bras étaient devenus le siége d'une rigidité analogue, mais elle avait cédé instantanément sous l'influence d'un courant faradique passant d'une main à

l'autre ; le même moyen avait complétement échoué pour les jambes. A partir du jour où cette contracture s'établit en permanence, les phénomènes de léthargie disparurent comme s'il y avait eu une sorte de dépendance antagoniste entre ces deux séries d'accidents. Depuis le milieu de janvier jusqu'au commencement de juillet, c'est-à-dire pendant cinq mois, malgré les traitements les plus variés et les plus énergiques, la roideur des jambes persista. A cette époque, j'eus la pensée de soumettre la malade aux inhalations de chloroforme, espérant obtenir, sous cette influence, une résolution musculaire qui me permît de fléchir les genoux et de prévenir ainsi une double ankylose tout à fait imminente. L'événement justifia cette prévision. L'emploi du chloroforme s'accompagna d'accidents nerveux très-effrayants qui m'en eussent détourné, si je n'avais compris que c'était là une dernière planche de salut, et que la hardiesse, en ce cas, était un devoir. A peine quelques gorgées avaient-elles été inspirées, qu'une sorte de spasme phréno-glottique se manifesta avec une violence extrême ; l'inspiration devint sifflante, la tête se convulsa en arrière, la figure devint rouge violacé, et la respiration sembla s'arrêter un instant, comme si les muscles qui servent à l'accomplir entraient, eux aussi, dans une sorte de rigidité convulsive. Ces phénomènes persistèrent environ deux ou trois minutes; mais comme rien de menaçant ne se passait du côté du pouls, j'augmentai la dose de chloroforme, et un sommeil légitime ne tarda pas à s'établir. Dès que je supposai la résolution musculaire obtenue, je fis fléchir les jambes sur les cuisses; l'aide qui opérait ce mouvement eut comme la conscience d'une résistance articulaire vaincue ; sensation due très-probablement à la déchirure de ces produits plastiques mous qui, dans une articulation longtemps immobilisée, se convertissent ultérieurement en tissus fibreux inamovibles. Une fois cette résistance surmontée, les deux genoux jouèrent avec la plus grande facilité, et la jambe put, à plusieurs reprises, être fléchie jusqu'à rencontre de la face postérieure de la cuisse. Je m'attendais à ce que le sommeil anésthésique prît les caractères de celui de la léthargie : c'est ce qui arriva, en effet, et ce n'est pas sans de vives appréhensions que j'employai sans résultat et successivement les moyens de stimulation mis habituellement en usage pour hâter le réveil des malades chloroformisés. Ce réveil se fit attendre très-longtemps ; les affusions froides contribuèrent manifestement à le provoquer. Au fur et à mesure que l'action du chloroforme allait s'éteignant, les membres inférieurs se roidissaient, et, dès que la connaissance fut complétement revenue, les

jambes revinrent à leur degré primitif de contracture. Le résultat que j'attendais était néanmoins obtenu, et j'avais désormais dans le chloroforme un moyen *émouvant*, mais sûr, pour avoir des répits de contracture, et pour permettre de maintenir la liberté des genoux jusqu'à la cessation spontanée de cette étrange roideur musculaire. Aussi j'y recourus très-souvent, et, enhardi par l'innocuité du premier essai, je poussai les doses largement dès le début sans plus me préoccuper de ce spasme respiratoire qui se reproduisit, du reste, invariablement à chaque chloroformisation. Cette contracture des jambes persista pendant près d'un an sans aucune modification, et les genoux étaient tellement serrés l'un contre l'autre que je dus interposer un coussin pour prévenir des excoriations, et peut-être même la formation d'escarres. Concurremment avec l'emploi du chloroforme, des moyens très-variés étaient mis en usage (noix vomique, eau de Vichy naturelle et toniques amers contre la dyspepsie ; bains froids d'affusions et d'enveloppo, courants électriques continus pour amoindrir cette innervation motrice exagérée, etc.), mais leur inefficacité successive ne me laisse aucun doute sur le caractère essentiellement spontané de l'amélioration qui s'est produite plus d'un an après la disparition des accidents. A cette époque, en effet, les muscles déjà très-amoindris des cuisses et des jambes semblèrent perdre un peu de leur rigidité, les efforts tentés pour éloigner les deux membres l'un de l'autre devinrent moins douloureux, et il sembla que la volonté commençait à triompher de ce spasme tonique dont la durée avait été si longue. Quelques mois après, on parvenait, sans l'intervention du chloroforme, à faire exécuter quelques mouvements aux genoux, puis les muscles ne tardèrent pas à capituler entièrement, mais leur contracture fut remplacée par un état semi-paralytique qui s'étendit aux muscles de l'épine, mais qui diminua lentement sous l'influence des frictions, du massage, de l'électricité, des bains de mer. Aujourd'hui, la malade marche à peu près seule, une amélioration notable s'est produite dans son état général, et tout fait supposer que ces accidents si persistants ne laisseront pas de traces durables.

La contracture hystérique passagère n'est certainement pas un phénomène très-rare ; le strabisme, la déviation de la langue, la rétraction d'un ou de plusieurs muscles s'observent assez fréquemment pendant l'état hystérique, mais ce symptôme est ordinairement amovible et sa fugacité est précisément un de ses caractères distinctifs. Il est, au contraire, excessivement rare de rencontrer des contractures permanentes, surtout quand elles s'étendent à des

membres entiers. L'excellent *Traité de l'hystérie* de M. Briquet, ouvrage qui se distingue autant par la netteté des descriptions et l'originalité des vues que par l'étendue des recherches bibliographiques, ne relate que deux faits qui se rapprochent sous quelques rapports de celui-ci. Dans l'un, il s'agit d'une contracture hémiplégique qui dura quelques semaines; dans l'autre, d'une contracture permanente des membres inférieurs, contracture qui avait résisté à tous les moyens, même aux inhalations de chloroforme, et qui ne s'était en rien modifiée quand l'auteur perdit la malade de vue. Je me demande si, dans ce cas, le chloroforme fut employé d'une manière assez active et assez soutenue, car il me paraît vraisemblable que, poussé jusqu'à la période de résolution musculaire, il eût, au moins momentanément, triomphé de cette rigidité permanente. Quoi qu'il en soit, cet agent m'a été infiniment utile pour attendre la cessation de cette contracture et pour éviter, pendant une période aussi longue, la production d'une double ankylose des genoux, et j'ai cru devoir signaler cette ressource aux praticiens qui rencontreront des cas analogues.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, par M. le docteur Briquet, médecin à l'hôpital de la Charité, agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du département de la Seine, etc., chevalier de la Légion d'honneur.

En rendant compte ici même, il y a quelques années, de l'ouvrage de M. Landouzy, sur la même maladie que vient de traiter le laborieux médecin de l'hôpital de la Charité, nous exprimâmes des doutes très-sérieux sur la justesse des vues du savant médecin de Reims, quant à la nature de l'hystérie, ou au moins quant à la filiation des accidents par lesquels celle-ci se traduit à l'observation. Ces doutes, depuis cette époque, avaient fait place, dans notre esprit, à une conviction dans laquelle nous nous sommes affermi encore davantage en lisant la très-remarquable monographie de M. Briquet. Non, certainement, l'hystérie n'est pas le résultat d'une simple irradiation de l'utérus ou des ovaires malades sur le système nerveux de la femme : ce n'est point de là que, dans l'immense majorité des cas où l'on observe cette affection, provient le choc reçu par ce système, et qui se traduit par l'ensemble de symptômes qui constitue l'affection hystérique. Pour mettre en pleine évidence sa

manière de comprendre l'hystérie, la théorie de cette maladie, si l'on veut, le patient et sagace médecin de l'hôpital de la Charité a fait valoir une foule d'arguments qu'il serait trop long de dérouler ici ; nous nous contenterons de donner une idée sommaire de son argumentation, pour établir la thèse qu'il soutient. En premier lieu, est-il vrai que cette affection soit exclusivement propre à la femme, et qu'on ne l'ait jamais observée chez l'homme? *A priori* on ne voit pas pourquoi d'abord, à supposer que l'affection hystérique eût son point de départ dans l'appareil génital, l'homme en serait complétement exempt. Retournant le mot de la fille d'alliance de Montaigne, M^lle^ de Gournay, on peut, sans se compromettre, dire parfaitement ici que rien ne ressemble plus à une chatte qu'un chat. Depuis Hippocrate jusqu'à Villermé, depuis Villermé jusqu'à M. Michelet, nombreux sont les physiologistes sérieux ou fantaisistes, qui ont fait de l'hystérie quelque chose comme l'éruption d'une passion trop fortement contenue. De même que certains pathologistes ont considéré la rage spontanée chez les animaux comme l'effet de l'instinct sexuel absurdement entravé, ainsi quelques-uns des auteurs dont nous parlons inclineraient fortement à croire qu'il en serait de l'hystérie, qui deviendrait, de cette façon fort irrespectueuse de considérer les choses de l'amour, comme une rage modifiée. Mais pourquoi encore une fois cette maladie n'atteindrait-elle ainsi que la femme ? Nous le répétons, on ne le voit pas. Quoi qu'il en soit à cet égard, et sans nous étendre davantage sur cette question, le fait est que, bien que l'hystérie soit infiniment plus rare chez l'homme que chez la femme, le premier ne laisse pas cependant d'en offrir les symptômes parfaitement dessinés. M. Briquet en cite des exemples authentiques ; on en trouve également dans les auteurs qui ont étudié cette maladie avec quelque indépendance dans la pensée. Ainsi donc, même à ce point de vue, on s'aheurte tout d'abord à des faits sérieux qui restent inexpliqués, quand on veut placer le point de départ de l'hystérie dans l'utérus ou quelqu'une de ses annexes, telles que : le vagin, le clitoris, les trompes, les ovaires ou les mamelles.

Mais ce n'est point là le côté de la question qu'a surtout étudié notre laborieux confrère; pour montrer que l'hystérie est une névrose de l'encéphale, ainsi que l'avaient déjà compris d'une manière plus ou moins complète Raulin, Sydenham, Char. Lepois, Willis, Georget, MM. Girard, Forget, Gendrin, etc., il s'applique principalement à saisir les causes de cette névrose qui vont droit au système nerveux. Cette étiologie, à laquelle est consa-

crée toute la première partie du livre du médecin de l'hôpital de la Charité, est traitée avec une ampleur de détails, avec une fermeté de raisonnement, telles qu'il est désormais impossible, suivant nous, de concevoir le développement de la maladie autrement que ne le conçoit notre savant confrère.

Nous disions tout à l'heure que, bien que l'homme présente dans quelques cas des symptômes évidents d'hystérie, cette affection est infiniment plus rare chez lui cependant que chez la femme. Dans la théorie de M. Briquet cette différence s'explique-t-elle? Voici au moins la façon ingénieuse dont notre auteur s'en rend compte. Dans sa pensée, la femme a une mission spéciale à remplir dans la société : en vue de cette mission, elle a été douée d'un mode spécial de sensibilité, qui est fort différent de celui de l'homme. C'est là ce qui la rend apte à une névrose qui consiste en accidents au fond desquels se retrouve cette sensibilité spéciale morbidement altérée. Au reste, comme c'est là qu'il faut chercher, suivant nous, le trait le plus original de la doctrine de M. Briquet, relativement à l'hystérie, qu'on nous permette de lui laisser un instant la parole pour s'expliquer lui-même à cet égard ; ce sera tout bénéfice pour le lecteur : « La puissance qui a créé les êtres, dit le médecin de la Charité, les a entourés de tous les moyens de protection nécessaires à leur conservation et à leur bien-être. Les animaux, qui seuls jouissent de la faculté de se déplacer, se servent de cette faculté, soit pour aller l'un vers l'autre, afin de partager leurs jouissances ou de se soulager dans leurs souffrances, soit pour se fuir quand l'un d'eux devient incommode ou dangereux pour les autres. Mais pour obéir à cette loi de la nature, il fallait que des signes très-apparents et intelligibles pour tous fissent connaître ces besoins et ces dangers. Ces signes sont les changements apparents par lesquels se manifestent les sensations, les passions et les besoins. Depuis le ver luisant, qui allume ses feux quand il désire l'approche de son semblable, jusqu'à l'homme, qui exprime les mouvements de son âme et ses besoins par ses gestes, par sa voix ou par l'expression de sa figure, il existe une chaîne qui, dans ses anneaux, comprend toute la série des êtres intermédiaires. Ce sont ces changements particuliers à chaque sensation affective et à chaque passion, qui, dans l'espèce humaine, constituent le champ de l'hystérie. Tout phénomène hystérique a son type propre dans les diverses actions vitales par lesquelles les sensations affectives et les passions se manifestent à l'extérieur, ainsi que cela sera constaté à l'occasion de chaque phénomène. Tous ces troubles hystériques, qui paraissent si bizarres,

et qui ont si longtemps dérouté les médecins, ne sont que la répétition pure et simple de ces actes, augmentés, affaiblis ou pervertis. Qu'on prenne un symptôme quelconque de l'hystérie, et l'on trouvera toujours son modèle dans un des actes qui constituent les manifestations passionnées. »

Cette théorie phrénologique (nous prenons ici le mot *phrénologie* dans son sens vraiment philosophique), cette théorie phrénologique de l'hystérie, tout ingénieuse qu'elle soit, nous le répétons, nous ne savons pas si, à l'étudier dans ses détails, elle résisterait à une analyse un peu sévère. Malgré le doute implicite que nous exprimons ici sur sa légitimité, nous n'avons pas hésité cependant à la dessiner d'un trait rapide, parce que nous sommes convaincu que c'est dans cette voie qu'il faut marcher pour arriver à faire la lumière dans le chaos de l'affection hystérique. Dans tous les cas, que M. Briquet ait saisi toute la vérité sur cette question, ou qu'on n'en aperçoive dans son livre que quelques lueurs, la source réelle de l'hystérie n'est pas moins incontestablement là où il nous la montre, c'est à savoir dans toutes les émotions qui affectent péniblement l'âme à travers le système nerveux. Nous le redisons encore, parce que c'est par là surtout que vaut l'ouvrage de notre savant confrère, l'étiologie de l'affection hystérique, telle que l'a développée M. Briquet, est un tableau vrai comme la nature, et qui durera comme elle. L'auteur, obéissant à un scrupule qui l'honore, cite une page de M. le docteur Pidoux, dans laquelle cet habile écrivain cherche à démontrer que le spasme cynique chez la femme est une courte hystérie ; on en avait déjà fait une courte épilepsie. Mais nous craignons que le savant collaborateur de M. Trousseau n'ait bien plutôt, ici comme ailleurs, trahi que traduit la vérité. Cette fantasmagorie pourrait réussir auprès des eunuques d'un harem, mais ne saurait faire illusion à des médecins, qui, en général, sont très-peu eunuques. En un mot, ce tableau de fantaisie est beau comme la fameuse ode de Sapho, mais n'est pas plus vrai; passons.

L'hystérie ainsi largement étudiée, et dans ses causes prédisposantes, et dans les causes qui la déterminent plus ou moins rapidement, l'auteur, dans une seconde partie de son livre, en trace, dans un tableau fort étendu, la mobile symptomatologie. Cette maladie, une et diverse dans sa physionomie si changeante qu'on en a pu dire, dans une expression figurée, qu'elle n'était pas une simple maladie, mais une iliade de maladies, *non morbus simplex, sed morborum iliada*, cette maladie, M. Briquet l'a décrite très-

longuement. Tous les traits y sont-ils pourtant? Nous n'oserions l'affirmer, mais les grands traits y sont, ceux surtout qu'une observation superficielle, et qui ne voyait les choses qu'à travers le prisme peu transparent de l'utérus, avait pendant si longtemps laissés dans l'ombre; nous voulons parler de l'anésthésie, de l'hypéresthésie, de l'analgésie hystériques, soit qu'on étudie ces altérations de la sensibilité dans la peau, dans les muscles, soit qu'on poursuive cette étude jusque dans les organes des sens. La paralysie hystérique, dont les formes ne sont pas moins variées que les spasmes, est étudiée avec le même soin. Cette partie du livre de M. Briquet n'est certainement pas la moins curieuse, surtout si l'on complète les enseignements qui en ressortent par ceux non moins intéressants qu'on puise dans le troisième livre de cette importante monographie, où la marche de l'hystérie est tracée de main de maître, et où l'auteur montre une fois de plus que la patience dans l'observation est une partie du génie.

Dans un quatrième et dernier livre enfin, M. Briquet traite de la thérapeutique applicable à cette maladie. Si, dans ce qui précède, bien qu'écrit au courant de la plume, et sans nous astreindre à une méthode sévèrement didactique, nous avons réussi à faire pressen tir tout ce qu'il y a d'original et de nouveau dans cette œuvre, on comprendra qu'à l'hystérie ainsi conçue s'applique une tout autre thérapeutique que celle qui a cours dans la plupart des livres classiques, qui presque tous portent l'empreinte d'une science traditionnelle erronée. C'est aussi bien l'enseignement qui ressort éclatant, souvent inattendu, de toutes les pages de cette partie du livre de notre laborieux pathologiste.

Nous disons qu'à comprendre l'hystérie comme l'a fait le médecin de l'hôpital de la Charité, on devait arriver nécessairement à une prophylaxie et à une thérapeutique toutes différentes de celles auxquelles ont conclu les partisans de l'utérisme, pour rendre d'un mot, à la Piorry, notre pensée. Il suffit en effet de jeter un coup d'œil sur cette partie de l'ouvrage, pour s'apercevoir de suite qu'on entre ici dans un monde nouveau. La prophylaxie d'abord y tient une large place, et, si grande que soit celle-ci, nous ne croyons pas, pour notre part, que toutes les questions qui se posent à ce propos y aient été épuisées. Là où la misère et les passions, unies dans les liens d'une étroite alliance, s'entretiennent réciproquemont et se fécondent, on est en face d'un champ d'exploration sans limites. La médecine, en face d'un si formidable problème, n'est pas sans doute complétement impuissante, mais ses ressources sont bien précaires.

Dans tous les cas, le dévouement des médecins, une ardente sympathie pour le malheur immérité, voilà à quelles sources surtout il faut puiser, quand on voit dans les souffrances de cet ordre autre chose qu'un sujet d'histoire naturelle à étudier. M. Briquet a le sentiment de ces grandes choses, et, dans la mesure de son pouvoir, il a indiqué la voie à suivre. Sur ses pas, nul ne saurait s'égarer. Il en est de même pour tout ce qui tient à la thérapeutique de l'hystérie proprement dite. Tout ce que la science la plus avancée indique, tout ce que la prudence la plus consommée commande, y est compendieusement tracé. On lira surtout, sur ce point, avec le plus vif intérêt toutes les applications que l'auteur, secondé ou guidé par notre savant confrère, M. Duchenne (de Boulogne), a faites de la faradisation à divers symptômes de l'hystérie, ceux surtout que nous avons précédemment indiqués. Oui, quoi qu'en disent certains sceptiques repus ou affamés, la science marche, et j'en appelle hardiment en témoignage le livre dont je viens de parler.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Accouchement** (*Position assise pour l'*). Quoique partisan de cette attitude comme moyen d'accélérer la parturition, M. Hardey ne la recommande ni pour tous les cas, ni pendant toute la durée du travail. Il reconnaît qu'elle est contre-indiquée s'il y a faiblesse extrême; et il veut aussi, lorsqu'on y a recours, qu'on replace la femme dans le lit, dès que les pariétaux ont franchi le périnée. Pour tirer tout le parti possible de cette situation, on doit lier le devant de deux chaises, puis les écarter de 30 à 40 centimètres, de façon que la femme, assise sur leurs deux bords, présente la vulve dans l'intervalle laissé libre. Elle a ses genoux appuyés contre le bord du lit.

Cette attitude, jadis en usage à Rome et dans l'ancienne Grèce, est encore adoptée, de nos jours, en Russie, en Autriche et à Alger. Ainsi que l'ont fait remarquer MM. Granville et Druitt, elle est tellement naturelle, elle permet si bien à la femme de déployer sans gêne l'ensemble de ses forces expultrices, que nous voyons beaucoup de nos clientes anglaises la préférer instinctivement pour se soulager, ne fût-ce que pendant une partie de la durée du travail. (*Obstetrical Society of London*, mars 1860.)

**Cataracte** (*Repos absolu des paupières et du globe de l'œil après l'opération de la*). Le succès de l'opération de la cataracte dépend surtout des soins consécutifs à l'opération. L'une des précautions les plus indispensables et qui assurent le mieux ce succès est celle qui consiste à soustraire l'œil récemment opéré à l'action de la lumière et de l'air, et de le condamner au repos et à l'immobilité les plus absolus. On est à peu près généralement d'accord sur la valeur de ces préceptes, mais il s'en faut cependant qu'ils soient toujours suivis à la lettre, et c'est pour les avoir enfreints trop souvent, pour s'être trop hâté d'ouvrir l'œil pour l'examiner, qu'on a vu souvent compromettre les résultats des opérations les mieux faites. M. le professeur Gosselin insiste d'une manière toute particulière sur ces préceptes. Il a fait depuis longtemps, dit-il, l'observation que les malades auxquels on permettait d'ouvrir les yeux et de les essayer éprouvaient le jour même des douleurs oculaires et circumorbitaires plus vives que celles des jours précédents. Il a vu des conjonctivites purulentes et des iritis rebelles survenir après ces tentatives, de même qu'après les efforts du chirurgien pour ouvrir les yeux et les examiner. Aussi fait-il l'occlusion

de l'œil immédiatement après l'opération. Voici comment il y procède :

Il fait l'occlusion au moyen du taffetas d'Angleterre et place sur les bandelettes entrecroisées un petit tampon de charpie, qu'il maintient avec le bandeau habituel. Les jours suivants, il s'assure de l'état des yeux par la pression sur l'appareil et l'examen du bandeau. La pression est exercée par le malade lui-même sur les yeux, par l'intermédiaire de l'appareil. Si cette pression n'éveille pas une vive douleur, c'est la preuve que l'inflammation reste modérée. Si le bandeau est peu humecté, ou s'il est taché par un liquide qui l'empèse un peu en se desséchant, sans lui donner une grande consistance et une coloration jaune, cela tient à ce qu'il s'écoule seulement des larmes mélangées de mucus et non de pus. Lorsqu'on a ces deux indications, elles suffisent pour le traitement ultérieur, qui consiste pour M. Gosselin dans l'administration du calomel à doses fractionnées, donné en vue de tenir le ventre libre et non en vue de faire saliver. Si les deux explorations dont il vient d'être question faisaient reconnaître que les yeux sont sensibles à la pression et qu'ils fournissent du pus, il ne serait pas nécessaire encore de fatiguer les yeux du malade en les lui ouvrant avec plus ou moins de précaution. Les antiphlogistiques, les révulsifs sur la peau et le canal digestif, seraient suffisamment indiqués par les résultats dont il vient d'être question.

Deux malades opérés récemment à l'hôpital Beaujon ont été soumis avec un grand avantage à ce mode de traitement. Les yeux n'ont été ouverts, pour la première fois, chez ces deux opérés, que le dixième jour chez l'un et le onzième chez l'autre. Le chirurgien s'est abstenu d'y toucher. Le quatorzième jour, il a badigeonné les paupières avec la solution de sulfate d'atropine (30 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée), et ce n'est qu'à partir du vingtième jour environ qu'il a examiné la conjonctive tous les matins, et qu'il a instillé de temps à autre dans les yeux la solution de sulfate d'atropine. (*Gaz. des Hôpit.*, avril 1860.)

---

**Hydrocéphalie chronique.** *Traitement par la ponction et la compression.* Nous avons déjà signalé les bons effets que quelques praticiens ont obtenus de l'emploi isolé ou combiné de la ponction et de la compression dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique, alors que les moyens médicamenteux usuels, tels que les mercuriaux à haute dose, les iodiques, les diurétiques et les révulsifs énergiques, ont été déjà employés sans succès et que la distension de la tête est devenue considérable. Vu l'extrême gravité de cette affection, dont on n'obtient que bien rarement la guérison, nous croyons utile d'appeler de nouveau l'attention de nos lecteurs sur quelques faits nouveaux qui tendent à faire ressortir de plus en plus l'utilité que peut avoir cette méthode.

Chez un enfant nouveau-né, on vit en peu de jours la tête augmenter considérablement de volume, en même temps que l'insomnie, l'agitation, les cris, les vomissements et les convulsions des yeux indiquaient assez qu'il s'agissait d'une hydrocéphalie. Après quinze jours, en effet, on pouvait mettre le doigt dans la suture frontale. Bientôt après, la peau de la tête était tellement distendue qu'elle menaçait de se rompre. Dans le but de prévenir cet accident principalement, le docteur Phillips entoura la tête d'un large anneau de tissu de caoutchouc et fit faire des fomentations spiritueuses froides. Trois jours après, l'anneau, étant devenu lâche, fut raccourci; bientôt les sutures des os étaient en contact, et, le quinzième jour, elles chevauchaient l'une sur l'autre. Cet enfant fut mis ensuite à l'usage de l'iodure de fer. Dix ans après, il ne lui restait qu'un peu de strabisme.

M. Phillips fait remarquer que dans l'hydrocéphalie chronique, l'ossification des os du crâne paraît être plus rapide qu'à l'ordinaire, et que par suite, quand les os se touchent, le volume de la tête est plus considérable qu'il ne devrait l'être. Il reste alors encore une certaine quantité de liquide qui ne peut disparaître que peu à peu, à mesure que le développement du cerveau tend à combler le vide ; pendant toute cette période, il faut encore soutenir la tête et activer la résorption par des médicaments internes.

Le docteur Sedgwick, de Londres, a observé un cas remarquable de rupture spontanée d'une hydrocéphalie, suivie de guérison. C'était chez un enfant de deux ans, arrivé à la dernière période, et dont on attendait la mort à chaque instant. Dans la nuit, il se fit tout à coup un écoulement extrêmement abondant par le nez et qui persista pendant quelques jours, en même temps que tous les symptômes céré-

braux disparaissaient. Un an après, la collection se forma de nouveau dans la tête, acquit la même intensité et se guérit de la même manière. L'enfant se rétablit complétement.

La ponction a également fourni de bons résultats; mais il faut la faire suivre de la congestion. Ch. West en a recueilli soixante-trois cas, sur lesquels il a trouvé dix-huit guérisons.

Cette proportion est encourageante, quand on songe à la gravité de la maladie. (*Journ. der Kinderkrankh.*, et *Union méd.*, avril 1860.)

---

**Névralgies** *guéries par l'extraction d'une racine de dent.* C'est un fait bien connu, et néanmoins à chaque instant oublié, que l'influence d'une *racine*, même indolente, comme cause de névralgie. Rappelons-le de nouveau, puisque l'expérience de M. Samuel Parker nous met à même de le rappeler au nom d'exemples de plus en plus propres à faire impression.

*Obs. I.* Une jeune dame consulta M. Parker, en avril 1858, pour de violentes douleurs périodiques du côté gauche de la face, s'irradiant vers la tempe, l'oreille et la mâchoire inférieure. Pendant ces accès, qui duraient de six à huit heures, et qu'aucun narcotique n'avait pu calmer, la base de la langue devenait le siége de douleurs tellement vives, que la tête restait deux ou trois heures abaissée, sans qu'il fût possible de la relever. Ayant reconnu que la dernière grosse molaire inférieure gauche était découronnée, avec forte inflammation de la gencive, M. Parker en proposa l'extraction, ainsi que celle d'un ou deux autres *chicots*. La malade, qui n'en souffrait pas, consentit à l'opération, quoique persuadée que la cause de sa névralgie n'était pas là. — Cependant, à partir du moment de l'extraction, les accès ne reparurent plus.

*Obs. II.* Une jeune femme vint chez M. Parker pour se faire replacer des dents artificielles, aux incisives, une canine et la première petite molaire d'un côté de la mâchoire supérieure. Les dents naturelles avaient perdu leur couronne, la racine seule restant en place. Cette femme était sujette à des douleurs atroces de la face, siégeant surtout aux tempes. Inhabile à tout travail domestique, ne trouvant un peu de sommeil que grâce à l'ingestion de narcotiques énergiques, elle était réduite à l'état le plus misérable. Cependant elle n'avait jamais éprouvé le moindre mal de dent.

M. Parker lui conseilla l'extraction des racines; et, surtout, il se refusa positivement à implanter actuellement de nouvelles dents artificielles. Après quelques hésitations, la malade consentit. Il fallut trois séances pour arracher tous ces chicots; mais, dès la première, il se déclara un soulagement marqué. L'extraction ayant été complétée, les douleurs disparurent; le sommeil revint, et bientôt il fut loisible à l'habile opérateur de replacer les dents artificielles, qui remplissent maintenant leur office sans aucun inconvénient. (*The Lancet*, mars 1860.)

---

**Paracentèse** (*Nouvel instrument pour prévenir l'introduction de l'air pendant l'opération de la*). Deux modifications principales caractérisent cet ingénieux perfectionnement, dû à M. Phillip Russel. D'abord un appareil très-simple d'aspiration y est joint, composé d'un cylindre creux, en caoutchouc, de 18 centimètres de longueur sur 3 de diamètre, qui est muni à chacune de ses extrémités d'une soupape à boule. Grâce à ce mécanisme, le cylindre agit comme une pompe, quand l'opérateur, le tenant verticalement dans sa main, le serre et le laisse se relâcher par des mouvements alternatifs. Des deux bouts de ce cylindre partent deux tubes en caoutchouc. L'un conduit dans une bassine le liquide évacué, l'autre est terminé par un tube d'argent, d'un volume tel qu'il remplisse la canule du trocart; ce tube est percé, dans la longueur de 3 centimètres à partir de son extrémité, de trois rangées de petits trous.

L'emploi de cet instrument se comprend aussi aisément que ses avantages. La ponction étant faite, et le trocart retiré, on enfonce le tube d'argent dans la canule; on l'y pousse assez pour que son extrémité percée de trous plonge dans le liquide à évacuer. Alors, par des mouvements alternatifs exercés sur le cylindre de caoutchouc, l'opérateur extrait le liquide, sans avoir besoin, comme avec les seringues même perfectionnées, de dévisser et de revisser le corps de pompe, de pousser le piston, d'ouvrir et de fermer les robinets. En même temps, l'entrée de l'air est sûrement prévenue.

Pour remplir encore plus exactement cette condition, on aura soin, avant d'enlever l'instrument, de retirer le tubo d'argent dans l'intérieur de la canule. Dans cette position, les trous ne peuvent plus donner accès au liquide, ni par conséquent à l'air. (*The*

*Dublin quarterly Journ. of med. science*, février 1860.)

**Pneumonie associée** *à la fièvre intermittente*. On connaît l'influence qu'ont certaines constitutions médicales sur les maladies intercurrentes, influence telle que les indications thérapeutiques tirées de la maladie principale se trouvent souvent complétement changées, et que la maladie complexe qui résulte de cette influence est quelquefois également réfractaire aux moyens thérapeutiques appropriés à chacun des états morbides composants.

C'est surtout dans les contrées paludéennes où domine l'élément pathologique intermittent, qu'on voit souvent les effets de ce mode d'influence. M. le docteur Rey, de Bordeaux, racontait récemment à la Société de médecine de cette ville qu'il avait été témoin d'un fait qui lui paraissait justifier le titre de fièvre intermittente associée à la pneumonie. Un homme d'une constitution faible, sujet à un tic nerveux, déjà traité par lui un certain nombre de fois pour ce phénomène morbide, vit survenir à la suite d'un de ces accès des quintes de toux, des crachats spumeux, avec des accès de fièvre bien tranchés, qui se terminaient le matin, après une légère sueur. En même temps, la crépitation se faisait entendre dans les deux poumons. La pyrexie intermittente ayant d'abord surtout attiré l'attention de M. Roy, les préparations de quinquina furent largement administrées, mais sans succès. La crépitation se généralisant dans les deux poumons, et l'hépatisation paraissant imminente, M. Rey se décida à traiter le mal comme pneumonie. Mais malgré l'ipéca, les ventouses sèches nombreuses, les vésicatoires, le râle crépitant n'en a pas moins persisté, ainsi que la pyrexie intermittente, durant trois semaines. Le temps seul a paru, mieux que la thérapeutique, faire justice du mal. — Il est bon d'ajouter qu'à l'époque où ce fait a été observé, il régnait en assez grand nombre, à Bordeaux et dans les environs, des affections intermittentes mal définies dans leur rémittence ou leur intermittence et rebelles au quinquina. C'est ce qui expliquerait comment le quinquina a échoué dans le cas rapporté par M. Rey. On comprend également, par l'association de ces deux éléments, l'insuccès de la médication dirigée contre la pneumonie. Les deux affections combinées n'ont cessé qu'après que l'élément intermittent s'est en quelque sorte usé de lui-même. (*Union méd. de la Gironde*, mars 1860.)

**Sucre.** *Sur quelques-unes des propriétés physiologiques et pathologiques de cette substance; déductions pratiques.* Sous le titre d'*osmose pulmonaire*, M. Mandl vient de présenter à l'Académie des sciences un mémoire intéressant qui se résume dans les propositions suivantes :

1° La vie des animaux respirant dans l'eau est incompatible avec la présence d'une quantité plus ou moins grande d'une substance à saveur sucrée;

2° Les substances expérimentées sont de véritables sucres, tels que le sucre de canne ou de betterave, la glucose, le sucre de lait, ou des principes doux, non fermentescibles, tels que la glycérine, la mannite;

3° La célérité avec laquelle agissent ces liquides dépend du titre de la solution, de la qualité du sucre et de l'espèce animale ;

4° Des expériences nombreuses ont démontré que la mort ne peut être attribuée ni à l'absence de l'air, ni à la fermentation, ni à l'action chimique exercée sur le sang, ni à la viscosité, mais qu'elle est due uniquement à l'action osmotique (endosmose et exosmose) des solutions sucrées ;

5° Plusieurs phénomènes physiologiques et pathologiques trouvent leur explication dans l'osmose exercée par les substances sucrées; ainsi la soif excitée par l'ingestion des sucres qui absorbent l'eau des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact; la vertu conservatrice, antiseptique des sucres par l'arrêt de développement des êtres organisés; le pouvoir digestif de petites quantités de sucre, qui provoquent l'exosmose du suc gastrique, tandis que de grandes quantités introduites dans le sang augmentent le pouvoir osmotique de ce liquide, ce qui fait comprendre l'emploi de ces substances dans le traitement des hydropisies. L'abondance de glucose dans tous les tissus explique chez les diabétiques la soif constante, l'impossibilité d'une accumulation séreuse quelconque, et peut-être aussi, par l'arrêt de la circulation, la gangrène observée parfois dans cette maladie. Enfin, l'emploi de la glycérine comme topique est basé sur le grand pouvoir osmotique de cette substance.

Nous connaissons les propriétés toxiques du sucre sur les animaux qui vivent dans l'eau et y faisons appel pour faire tomber les sangsues. L'action topique du sucre en poudre est moins agressive que celle du sel marin et ne provoque aucune sensation douloureuse sur les piqûres. Nous avons même essayé cette action pour débarrasser les enfants des ascarides vermiculaires en leur faisant administrer des lavements d'eau sucrée, mais nos faits ne sont pas encore assez nombreux pour trancher la question. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, mars 1860.)

**Tannin** *à haute dose dans l'anasarque albumineuse.* On a préconisé le tannin dans le traitement de l'albuminurie, et nous avons déjà rapporté quelques faits à l'appui de cette médication. Voici la relation d'un cas d'anasarque albumineuse très-prononcée où l'usage du tannin à haute dose a eu un bon effet. — Un homme de quarante-quatre ans, ayant depuis plusieurs mois des ulcères aux jambes, vit sans cause appréciable sa face devenir bouffie et l'enflure gagner insensiblement toute la périphérie du corps; elle était surtout marquée à la face et au dos des mains. Le malade rendait par jour 750 grammes d'urine rouge, donnant un abondant précipité albumineux par l'acide nitrique; diarrhée. Entré dans cet état à l'hôpital, le 26 août 1859, il est soumis au régime tonique et à l'usage des pilules de Blaud et de 45 centigrammes de tannin avec extrait de quinquina en pilules chaque jour.

L'anasarque diminue à la face et aux extrémités supérieures; les urines sont plus copieuses, quoique aussi albumineuses. Elles étaient de 1,125 grammes le 27 septembre, et de 1,250 le 5 octobre.

Les pilules de tannin étant mal supportées, on en cesse l'usage et on les remplace par une boisson diurétique.

Le 8 octobre, le malade est dans un état semi-comateux, avec de légers mouvements convulsifs des membres inférieurs, dilatation des pupilles, oppression, etc. — On revient à l'usage du tannin en solution, à la dose de 1 gr., 20 dans 60 grammes d'oxcipient; frictions d'alcool camphré sur la colonne vertébrale.

Le lendemain, même état; les urines sont rares, troubles et très-albumineuses. Le 10, mieux, retour de la connaissance; quelques mouvements convulsifs des membres inférieurs.

Le 11, le mieux va en progressant. On reprend l'alimentation, l'anasarque disparaît peu à peu.

Le 15 novembre, il n'en reste plus qu'aux jambes. Les plaies se cicatrisent; mais les urines continuent à être aussi albumineuses. Le malade prend jusqu'à 2 grammes de tannin par jour.

Le 26 novembre, l'œdème est entièrement disparu, et il n'existe plus qu'une petite plaie.

Le 15 décembre, le malade sort de l'hôpital parfaitement bien, quoique les urines contiennent encore de l'albumine en abondance. (*Gazetta med.* et *Union méd.*, avril 1860.)

**Tétanos** *guéri par les injections de sulfate d'atropine.* Les tentatives récentes de traitement du tétanos et la nouveauté de la méthode des injections médicamenteuses sous-cutanées donnent un intérêt particulier au fait suivant, que M. Richard a communiqué à la Société de chirurgie, au nom de M. le docteur Pescheux, de Verneuil (Eure).

Une pauvre femme de Verneuil est renversée par une cheminée en brique qui s'écroule sur elle. Le résultat de cet accident fut une longue plaie au cuir chevelu, réunie et guérie promptement; plus, une fracture des deux os de la jambe, compliquée de plaie. Depuis trois semaines tout marchait bien, quand tout à coup, après de vives douleurs dans le membre blessé, les mâchoires se serrèrent, la déglutition devint pénible, et le trismus fut aussi prononcé que possible. Enfin tout le cortége du tétanos le plus violent se manifesta : presque aucun muscle ne parut échapper à la roideur tétanique et à ces crises de tiraillements douloureux qui caractérisent cette affection. Pendant deux jours, aucune parcelle solide ou liquide ne traversa le pharynx. Tout fut employé sans succès : opium et belladone, musc et castoréum. Enfin l'idée vint à M. le docteur Pescheux de faire à la nuque et sur le trajet des apophyses épineuses une injection sous-cutanée de sulfate d'atropine au 100e. Les deux tiers de la seringue de Pravaz furent injectés. La malade fut prise des accidents qui ont été signalés : sécheresse de la bouche et de la gorge, mydriase, délire, hallucinations, le tout pendant douze heures. Elle sortit de cet état avec une amélioration notable; la déglutition devint assez facile, les tiraillements douloureux disparurent. Une

seconde injection fut faite après vingt-quatre heures; elle causa une intoxication moins marquée, et fit disparaître les dernières traces de tétanos. (*Gaz. des Hôpit.*, avril 1860.)

**Vaccination.** *Nouveau procédé dans le traitement des tumeurs érectiles.* M. Nélaton fait un grave reproche au procédé ordinaire, qui consiste à vacciner avec la pointe d'une lancette; en effet, à peine l'instrument a-t-il pénétré sous l'épiderme qu'il se produit un écoulement sanguin considérable à la surface du tissu érectile. Le vaccin est entraîné en totalité, et l'opération reste imparfaite. Pour obvier à cet inconvénient, M. Nélaton préconise et emploie les deux procédés dont nous donnons la description.

1° On prend des aiguilles à insectes, les plus fines qu'on puisse trouver; on charge la pointe de l'aiguille de vaccin frais, pris à l'instant sur le bras d'un enfant; puis on enfonce chaque aiguille, qu'on laisse à demeure, et qui, faisant bouchon, s'oppose à la sortie du sang et par conséquent du virus. On en implante de distance en distance, séparées les unes des autres par un intervalle d'un ou deux centimètres. — Au bout de quelques instants, lorsque l'on pense que les tissus auront été assez fortement imprégnés de virus, on retire les épingles.

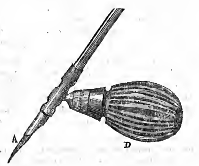
2° Le second procédé est un peu plus long et plus compliqué, mais il aurait pour avantage, bien appréciable suivant les régions, de ne pas laisser de cicatrices. M. Nélaton commence par établir à la base de la tumeur des sétons qu'il laisse en place pendant huit jours; il obtient ainsi des trajets fistuleux dans lesquels il fait passer des fils chargés de vaccin, en garantissant les ouvertures cutanées au moyen de petites canules. — La peau s'affaisse peu à peu; la tumeur disparaît sans laisser la moindre trace. (*Revue de thérap. méd. et chirur.* et *Gazette médicale de Lyon*, mars 1860.)

## VARIÉTÉS.

### ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

*Sur les appareils prothétiques destinés à prévenir la production des spasmes pendant l'exercice de la main, et spécialement la crampe des écrivains* [1].

La seconde série d'instruments a pour base un manche rond et cannelé, D, auquel la plume se trouve fixée. Ce premier modèle(fig. 6), dû à M. le professeur Velpeau, est modifié par M. Charrière suivant l'attitude réclamée par chaque personne; celui dont nous donnons le dessin (fig. 13) fournit un point d'appui aux deux premiers doigts. Son emploi remplace souvent et très-heureusement les instruments formés par les deux dés ou les deux anneaux dont nous avons publié précédemment la figure. Les modèles de M. Charrière sont trop nombreux pour que nous les reproduisions tous; ceux que nous allons représenter suffiront, toutefois, pour donner une idée de la richesse de l'arsenal de ce fabricant, en ce qui concerne cette affection.

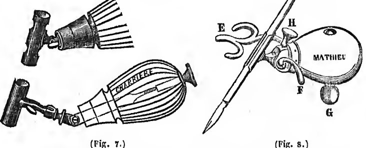


(Fig. 6.)

Le mode d'action de ces instruments est facile à comprendre. La plume étant fixée au manche, les doigts sont affranchis de la nécessité de la maintenir.

[1] Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 327.

Quelquefois l'inclinaison de cette plume doit varier, et les gravures ci-jointes montrent le mécanisme employé par M. Charrière pour remplir cette indication (fig. 7).




(Fig. 7.) (Fig. 8.)

Lorsque le volume de la poire ne suffit pas pour prévenir le spasme des muscles, on tient les doigts plus écartés, en leur offrant des supports. La disposition de ces arcs de cercle joints au manche de l'instrument doit varier pour chaque malade. Nous devons signaler ici l'addition d'une petite boule G, faite à ce manche par M. Mathieu, afin de permettre au malade de prendre un point d'appui sur la table (fig. 8). Le jeu de cet appareil serait plus facile, si la boule était rendue mobile.

La notion des mouvements spéciaux à chacun des muscles qui concourent à la fonction d'écrire viendra en aide à la détermination du nombre et de la place que doivent occuper ces divers croissants; toutefois, à l'aide de tâtonnements, on peut y arriver. Ne sont-ce pas les fabricants qui, le plus souvent, créent ces modèles, quoiqu'ils n'aient pour les guider que les renseignements qui leur sont fournis par les malades eux-mêmes? L'appareil ci-dessus (fig. 8) a été construit par M. Mathieu pour un haut personnage auquel la simple poire de M. Charrière a d'abord suffi. Plus tard, il a fallu écarter davantage les doigts, et M. Mathieu, sur les indications du malade, homme des plus intelligents, lui a modifié son premier appareil. Le manche a été raccourci et augmenté de volume, afin de mieux remplir la main, puis deux arcs de cercle E placés sur le côté droit furent destinés à supporter l'index et le médius, tandis qu'une autre tige F, légèrement courbée, fixée à droite, devait fournir un point d'appui au pouce. Au moyen de cet appareil ainsi disposé, le marquis de X*** a pu écrire pendant quatre années, lorsque tout à coup les spasmes ont reparu et ont nécessité de nouveaux essais. Pour parer à ce retour des spasmes, M. Mathieu a fabriqué à son client un troisième modèle, dans lequel le porte-plume est fixé à l'index (fig. 3). L'appareil ainsi disposé a permis à M. de X*** d'écrire de nouveau; mais le frottement sur le papier des doigts non maintenus lui était désagréable, au point de lui faire réclamer un quatrième appareil analogue au premier, mais avec des supports encore plus éloignés.

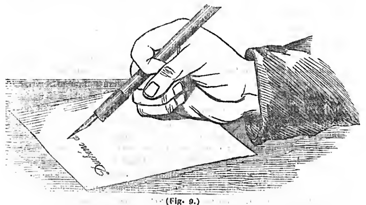
Nous allons voir dans les modèles créés par M. Duchenne les instruments constitués par une planchette, à laquelle est fixée le porte-plume, de façon à permettre aux malades d'écrire avec la main totalement étendue.

M. Duchenne, plus qu'aucun autre de nous, en raison de ses études spéciales, devait être consulté par les malades affectés de la crampe des écrivains, et, comme la faradisation ne produisait rien contre ces spasmes fonctionnels,

force lui a été de recourir aux moyens prothétiques à l'aide desquels on remédie, autant que faire se peut, à l'espèce d'infirmité qu'ils occasionnent. Notre confrère a bien voulu nous fournir le contingent de son expérience personnelle à l'égard des appareils qu'il a imaginés, car il n'a pas tardé à rencontrer des cas dans lesquels aucun des modèles connus ne permettait à ses malades d'écrire. Ses connaissances si précises sur l'action individuelle des muscles qui concourent à cette fonction lui rendait le problème plus facile.

Voici quelques-uns des exemples qu'il nous a cités :

Depuis plus d'une année M. X*** éprouvait pour écrire une difficulté qui augmentait progressivement. Toutes les médications, y compris la faradisation, ont échoué. Il en était arrivé au point de ne plus pouvoir tenir la plume entre le pouce et les deux premiers doigts, sans que ceux-ci ne s'étendissent douloureusement. M. Duchenne essaya d'abord d'immobiliser les doigts et le pouce à l'aide d'un instrument analogue à celui de M. Cazenave (fig. 1), afin que le malade n'eût aucun effort à faire pour maintenir la plume. Les spasmes semblèrent augmenter. D'autres appareils, qui maintiennent le pouce plus ou moins écarté des doigts et les phalanges dans la dernière flexion, comme la poire de M. Charrière munie de supports, facilitèrent un peu l'écriture, mais les spasmes n'en revinrent pas moins, quoique plus tardivement. Force fut alors de le faire écrire le poing fermé et avec un gros porte-plume tenu entre l'index et le médius, ainsi que le représente le dessin ci-contre (fig. 9). Dans cette attitude, les spasmes ne revinrent plus, et le malade s'habitua à écrire de cette manière.

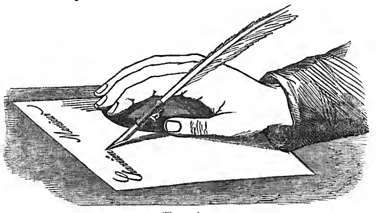


(Fig. 9.)

On remarque dans ce cas que les spasmes étaient provoqués par la position de la main, ou par les mouvements placés sous la dépendance des interosseux (qui fléchissent la première phalange et étendent les deux dernières). Ces spasmes cessèrent, dès qu'on mit en action les muscles antagonistes des interosseux, c'est-à-dire les fléchisseurs superficiels et profonds.

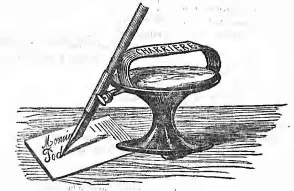
Un autre malade ne pouvait écrire quelques lignes, sans que les phalanges de l'index et du médius ne s'infléchissent dans la paume de la main. Cette affection se montrant rebelle à toutes les médications, comme la précédente, il fallut recourir à la prothèse. Les appareils en usage furent essayés vainement par ce sujet. Il ne put écrire qu'à l'aide d'une planchette sur laquelle la main reposait à plat, les doigts maintenus dans l'extension.

Cet appareil, construit par M. Charrière, a réussi dans plusieurs cas analogues, mais il dut subir de légères modifications qui lui permettaient de ré-



(Fig. 10.)

pondre à des indications particulières. Ce modèle (fig. 10) se compose d'une palette circulaire ou ovale, un peu convexe à sa surface supérieure et à sa surface inférieure, portant latéralement la plume, à laquelle on pouvait donner une inclinaison plus ou moins grande. Cette plume est fixée tantôt entre le pouce et l'index, tantôt entre l'index et le médius. Le glissement de l'appareil sur le papier est facilité par un galet roulant placé à la face inférieure de la palette. Une des personnes auxquelles cet appareil a été appliqué a mieux écrit dès qu'on eut fait élever cette palotte sur un support (fig. 11). La courroie que cette personne a fait ajouter à son appareil n'est pas utile.



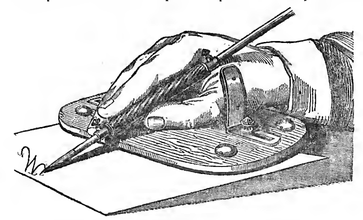

(Fig. 11.)

On voit encore ici que les spasmes ont cessé dès que, pour écrire, on n'a plus mis en action les muscles chargés habituellement de cette fonction.

C'est surtout dans la paralysie fonctionnelle qu'il sera utile d'immobiliser les doigts (fig. 1). M. Duchenne nous en fournit l'exemple suivant.

Depuis plusieurs années, un teneur de livres éprouvait, après avoir écrit quelques lignes, une faiblesse dans les doigts qui tenaient la plume. Celle-ci

lui échappait fréquemment, et, pour la retenir, il devait contracter fortement les muscles qui rapprochent le pouce de l'index et du médius. Ces efforts très-fatigants, disait-il, étaient bientôt suivis d'un spasme douloureux, qui plaçait sa main en pronation forcée, ce qui l'empêchait de continuer d'écrire. M. Duchenne lui conseilla l'usage d'un porte-plume sur lequel les deux premiers doigts étaient immobilisés de telle sorte qu'il n'avait aucun effort à faire pour tenir sa plume. Dès lors il cessa d'éprouver le spasme des muscles pronateurs.



(Fig. 12.)

Pour terminer ce qui est relatif aux ressources de la prothèse, nous devons rappeler enfin le chariot de M. Cazenave. Cet instrument (fig. 12) se compose d'une planchette sur laquelle sont fixés deux montants matelassés, que l'on éloigne ou que l'on rapproche à volonté, à l'aide de deux mortaises horizontales et de deux vis de pression. Entre ces deux mortaises existe un support qui sert de point d'appui à la paume de la main. Pour se servir de cette machine, on place la main entre les montants, que l'on rapproche de façon à s'opposer aux oscillations de l'organe, et l'on écrit sans s'occuper du déplacement du porte-main. Le déplacement de l'instrument est facilité par le jeu de quatre roulettes en ivoire placées au-dessous de la planchette d'acajou.

Ce dernier appareil est destiné par M. Cazenave à remédier aux effets du tremblement oscillatoire de la main droite.

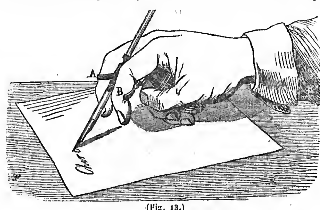
Le nombre et la diversité des modèles que nous avons placés sous les yeux de nos lecteurs leur permettront désormais de donner un conseil utile, quelle que soit la forme du trouble fonctionnel pour lequel ils seront consultés; surtout lorsqu'il s'agira de prévenir la crampe des écrivains. Ils savent que l'instrument qui convient le mieux est celui qui neutralise ou empêche l'action synergique du muscle ou des muscles qui se contractent ou se paralysent pendant l'exercice de cette fonction. Ils doivent donc commencer par rechercher quels sont ces muscles, et, cette notion acquise, faire choix de la disposition qui préviendra le plus sûrement le trouble morbide.

Une question importante, que nous devons poser avant de terminer cette note, est celle de savoir si, dès qu'un malade a trouvé un appareil qui prévient le retour des crampes, il doit s'en servir exclusivement; ou s'il ne vaudrait pas mieux lui faire construire un second instrument, prévenant également la pro-

duction du spasme fonctionnel, de manière à varier l'attitude de la main pendant l'exercice de la fonction en alternant l'usage des deux modèles?

Si les malades affectés de spasme fonctionnel doivent peu écrire, il ne saurait y avoir beaucoup d'inconvénients à leur laisser faire usage du même instrument. Un de nos grands chirurgiens se sert depuis plus de vingt années de la boule de M. Charrière. Il est vrai qu'il écrit mal et se charge seulement de sa correspondance privée et de ses ordonnances; pour ses travaux académiques, il a pris depuis longtemps l'habitude de les dicter.

Lorsque les personnes usent un peu largement de la fonction, la maladie peut s'aggraver. Ainsi, pour nous en tenir aux faits cités dans cette note, nous avons vu un éminent diplomate, qui écrit beaucoup et pour lequel M. Mathieu a dû modifier trois fois le premier modèle fourni par M. Charrière. Chaque fois une amélioration a lieu, mais elle ne dure qu'un temps de plus en plus court. Tandis qu'un contrôleur d'omnibus qui, depuis sept années, alterne l'usage de deux instruments, n'a plus vu son affection s'aggraver. Il exécute ses chiffres avec la boule de M. Velpeau (fig. 6) et écrit avec le même instrument, auquel M. Charrière a ajouté deux supports pour l'index et le médius (fig. 13). La conviction de cet employé est si grande à l'égard des bénéfices qu'il retire de cette alternance des attitudes de la main, qu'il nous a prié de lui faire construire un troisième appareil. Comme les frais de ces divers essais sont supportés par M. Charrière, nous profitons du zèle bien connu de ce fabricant pour les progrès de la prothèse pour créer deux autres modèles très-simples.




(Fig. 13.)

Si l'expérience ultérieure vient démontrer la justesse de notre proposition, elle fera voir en même temps l'utilité de ces nombreux modèles. Du reste, la variété de la construction des instruments est commandée déjà par le grand nombre des muscles qui peuvent être atteints de spasmes.

Quelle est la valeur de la prothèse pour les individus affectés de la crampe des écrivains? L'observation des faits ne nous permet pas de ranger l'intervention des appareils au nombre des agents de la thérapeutique fonctionnelle; c'est le contraire qui a lieu. Ces instruments rendent possible l'accomplissement de la fonction, sans mettre en jeu celles des puissances musculaires auxquelles elle est spécialement dévolue.

La prothèse remplace l'action des doigts, en fixant la plume à l'appareil prothétique; elle rompt la synergie musculaire, en donnant un volume considé-

rable à l'instrument ou en y ajoutant des supports destinés à tenir le doigt affecté de spasme immobile et étranger à la fonction d'écrire : c'est donc un secours, un artifice, une suppléance et rien de plus.

La pathogénie des troubles fonctionnels laisse prévoir que, au moins dans un certain nombre de cas, plus rarement on fera appel à ce secours, moins l'affection doit s'aggraver. Nous en avons fourni des exemples. C'est rendre un mauvais service aux malades que de leur inspirer une confiance exagérée dans la valeur des moyens qu'on leur propose.

Les ressources encore précaires dont l'art dispose en face des spasmes fonctionnels nous engagent à rendre compte ici d'un essai que nous avons tenté, l'été dernier, avec les injections médicamenteuses sous-cutanées.

Une fermière des environs de Saint-Quentin était affectée depuis plusieurs années d'une crampe de l'extension du gros orteil, qui se produisait plusieurs fois chaque nuit et réveillait la malade. Pendant une année la compression de la partie supérieure de la jambe avait suffi pour triompher de cet accident et rendre le sommeil à cette femme. L'action de ce moyen thérapeutique s'étant usée, nous eûmes l'idée de recourir aux injections d'une solution ainsi formulée :

| | |
|---|---|
| Eau distillée........................... | 30 grammes. |
| Chlorhydrate de morphine................ | 60 centigrammes. |
| Sulfate d'atropine...................... | 30 centigrammes. |

Une injection de 20 gouttes de cette solution narcotique fut pratiquée tous que trois jours pendant le mois d'août 1859. Sous l'influence de ces huit injections faites dans la partie charnue du muscle, la crampe disparut, et la cure se maintient encore aujourd'hui.

Ce résultat thérapeutique emprunte une certaine valeur au fait suivant, communiqué à M. Cazenave par M. Stromeyer.

« M. M*** avait perdu la faculté d'écrire avec la main droite depuis un an, et fut forcé de le faire avec la gauche. Je trouvai, dit M. Stromeyer, en le voyant s'exercer, que cette perte de la faculté d'écrire était due à un spasme des petits muscles du pouce qui ne se faisait sentir qu'au moment où il voulait se mettre à l'œuvre. L'acupuncture des petits muscles le mettait en état de tenir la plume et de tracer quelques mots. Alors, je passai un séton de deux fils de soie à travers les petits muscles du pouce. Ce séton fut maintenu pendant cinq semaines; on le mouillait chaque matin avec une solution d'opium et d'extrait de belladone. Après cela, le jeune homme a complétement recouvré le pouvoir de se servir de cette main pour l'écriture. Pendant que le séton traversait les petits muscles, leur action était anéantie et le pouce se trouvait dans une abduction complète. »

Quatre mois après, le savant chirurgien de Hanovre s'empressait d'annoncer à son collègue de Bordeaux que la crampe avait reparu, et avec elle l'impossibilité d'écrire. Si M. Stromeyer avait eu à sa disposition la seringue de Pravaz, nul doute qu'il n'eût répété son traitement, et, s'il avait employé les alcaloïdes, il eût obtenu une cure plus prompte et plus solide.

M. Stromeyer, en employant un mélange d'opium et de belladone, a obéi à un enseignement courant. Notre but était de vérifier l'antagonisme des deux agents médicamenteux, et de nous assurer si, par leur mélange, il était permis d'augmenter la dose de chacun d'eux sans provoquer d'accidents toxiques. Les résultats de notre expérimentation nous ont prouvé une fois de plus que, grâce à cette association, on pourra produire des médications locales plus puissantes.

En effet, l'action topique des deux substances vient s'ajouter, tandis que leurs effets généraux, inutiles dans l'espèce, s'amoindrissent.

Comme on ignore la limite de cette puissance d'antagonisme des deux substances, on devra toujours procéder à ces essais avec beaucoup de prudence, et se rappeler qu'il est des idiosyncrasies qui ne tolèrent pas même les plus petites doses d'agents narcotiques.

Certaines constitutions médicales semblent également prédisposer les malades à subir plus énergiquement l'impression médicamenteuse.

---

L'Association des médecins de la Seine vient d'être mise en possession du don, fait par le docteur Moulin, d'une rente perpétuelle de 1,500 francs, pour fonder, au lycée Saint-Louis, une bourse gratuite en faveur du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie, pauvre et malheureux, vivant ou décédé, membre ou non de l'Association : ce sont les termes mêmes de l'acte de donation. Le premier élève appelé à profiter de la fondation de M. Moulin devra entrer au lycée au plus tard à la rentrée des classes de l'année 1860. La Commission générale, qui représente l'Association et agit pour elle, étant appelée à désigner le boursier qui doit entrer au lycée en octobre prochain, afin de s'entourer de toutes les garanties nécessaires, tient à connaître avant le 5 juillet tous les candidats. Toutes les demandes relatives à cette bourse doivent être adressées avant le 5 juillet prochain, soit à M. Paul Dubois, président; soit à M. Louis Orfila, secrétaire général; soit à M. Vosseur, trésorier. Passé ce délai, aucune demande ne sera prise en considération.

---

La Société de chirurgie a procédé à l'élection d'un membre titulaire, et de cinq membres correspondants nationaux. Ont été nommés : membre titulaire, M. Bauchet; membres correspondants, MM. Dieulafoy, Rochard, Putégnat, Reybard, Perrin.

---

Un concours pour deux places de médecins au bureau central s'ouvrira le 30 avril prochain. Le jury se compose de : MM. Lallier, Duplay, Cazalis et L. Désormeaux, juges titulaires; MM. Guersant et Pidoux, suppléants.

---

M. le docteur Dumont vient d'être nommé chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, en remplacement de M. Potain, nommé agrégé stagiaire.

---

M. Herbet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Amiens, est nommé professeur adjoint pour les chaires de pathologie et d'accouchement; M. Thuillier le remplace comme professeur suppléant.

---

M. le docteur Félix Bron a été désigné à l'unanimité par les professeurs de l'Ecole de médecine de Lyon, pour remplir les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

---

Par décret du 30 novembre dernier, M. le docteur Rolland est nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Yonne, à Auxerre.

---

Par décret du 19 avril 1860 sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : au grade d'officier, M. Molard, médecin principal; au grade de chevaliers : MM. Miche, médecin-major; et Blanc, vétérinaire en second à l'état-major de l'armée d'Italie.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Note sur les moyens propres à prévenir la formation de cicatrices difformes sur la face dans la variole confluente.

Par M. le professeur W. Stokes, de Dublin.

Pendant ces dernières années, le nombre toujours croissant des cas graves de variole m'a fourni l'occasion de vérifier la valeur comparative des divers modes de traitement proposés dans le but d'éviter la formation de cicatrices difformes sur la face. Ces modes de traitement peuvent être ramenés à quatre : 1° l'ouverture des pustules lorsqu'elles sont arrivées à maturation ; 2° l'application du nitrate d'argent ; 3° les onctions avec l'huile ou avec le liniment oléo-calcaire ; 4° l'emploi d'un enduit appliqué sur la face, par exemple de la solution de gutta-percha dans le chloroforme, du collodion, ou de la glycérine.

Relativement au premier mode de traitement, je ne doute pas qu'il n'ait pour résultat de diminuer la quantité des cicatrices ; mais il ne paraît pas applicable aux formes les plus graves de la variole confluente, celles dans lesquelles les pustules, bien que nombreuses, restent discrètes pendant un temps assez long. C'est d'ailleurs un procédé assez lent, bien que peu douloureux, s'il est convenablement appliqué ; mais il lui faut des conditions particulièrement favorables, une assez grande bénignité, une marche régulière et uniforme des pustules et un état inflammatoire médiocre de la peau. J'ajoute que dans un cas où j'ai pratiqué moi-même l'ouverture des pustules avec le plus grand soin, j'ai vu les croûtes rester longtemps adhérentes et laisser après leur chute des cicatrices qui, pour n'être pas très-profondes, n'en ont pas moins persisté très-apparentes pendant plusieurs années.

Du second mode de traitement je ne puis rien dire, n'en ayant pas une expérience personnelle ; mais tout me porte à croire que les conditions pour en amener le succès doivent être les mêmes que pour le premier mode de traitement.

Relativement à l'emploi des corps gras, de l'huile surtout, et du liniment oléo-calcaire, je dois avouer mes préférences pour ce dernier, mais sans m'exagérer sa valeur.

Dans quelques cas, la chaleur est tellement vive à la face que toutes les applications que l'on fait sur cette partie se dessèchent avec la plus grande rapidité.

Dans un cas très-grave, où les applications huileuses furent com-

mencées de bonne heure et continuées avec persévérance jusqu'à une époque avancée de la maladie, j'ai pu observer qu'une heure après il n'y avait plus trace de l'onction, que les parties étaient aussi sèches, aussi dures et aussi chaudes, les souffrances locales aussi vives. Or, dans ce cas, bien que le malade ait été vacciné dans son enfance, il n'y eut pas moins des cicatrices très-nombreuses sur le nez et sur les joues. Le liniment oléo-calcaire doit probablement ses avantages sur l'huile à l'eau qu'il contient, et qui agit comme bain ou cataplasme sur les parties.

Peut-être faut-il rapprocher de ce traitement la glycérine, que je n'ai pas employée, mais que le professeur Banks a trouvée si utile associée à la calamine, en continuant l'emploi de ce moyen depuis les premières périodes de la maladie jusqu'à la chute des croûtes. En revanche, depuis cinq ans, j'ai beaucoup employé la solution de gutta-percha et le collodion.

Dans la plupart de ces cas, les croûtes tombaient par larges plaques, composées de l'exsudation desséchée et de l'enduit médicamenteux, et laissaient la peau parfaitement intacte. Pour donner à ce traitement toute son efficacité, au moins en ce qui concerne l'exclusion de l'air, j'ajoute qu'il faut revenir à cette application, à intervalles de douze à vingt-quatre heures; car l'enveloppe artificielle ne manque pas de se déchirer à mesure que l'éruption avance et que les parties se gonflent. Du reste, quelques malades paraissent beaucoup souffrir de la constriction occasionnée par l'enduit de collodion et de gutta-percha; aussi ce traitement me paraît-il en général peu applicable lorsqu'il y a beaucoup d'injection sanguine, de chaleur ou de gonflement. D'après Graves, ce traitement ne devrait pas être appliqué dans les premiers temps; mais je ne crois pas que les craintes de mon savant collègue soient bien légitimes : rien ne prouve que la suppression de l'éruption dans un espace limité de la peau soit véritablement dangereuse.

Les cas de variole que j'ai traités ainsi par la gutta-percha ou le collodion n'étaient pas certainement des cas extrêmement graves; ils appartenaient du reste à cette forme de variole si commune depuis quelques années, la forme asthénique ou typhoïde, c'est-à-dire cette forme dans laquelle il existe une faiblesse extrême, une coloration livide de la peau, un développement lent et irrégulier des pustules, une confluence marquée de bonne heure, un pouls faible et dépressible, des battements de cœur précipités et saccadés, quoique faibles. Or, dans mon opinion, la probabilité de la formation de cicatrices difformes après la variole est en rapport avec le caractère

de la maladie ; à confluence égale, il y a bien moins de chances de cicatrices dans la forme asthénique ou typhoïde, que dans la forme sthénique.

C'est un fait au reste assez difficile à expliquer que la fréquence des cicatrices sur la face, comparée à leur rareté même sur les autres parties du corps, et la seule explication naturelle se trouve dans ce fait que, tandis que le corps en général est maintenu couvert et non-seulement à l'abri de l'air, mais dans un certain état d'humidité, les téguments de la face restent secs et chauds, d'abord par l'action de l'air extérieur et ensuite par l'accroissement de l'action vasculaire ; il se forme alors des croûtes dures et sèches, au-dessous desquelles le travail ulcératif creuse plus ou moins profondément. Quelques personnes ont voulu trouver l'explication de ce fait dans des dispositions anatomiques. Mais qu'il en soit ainsi ou non, toujours est-il que dans les cas où certaines portions de la face ont été maintenues à l'abri de l'action de l'air et dans un état d'humidité permanent, il n'y a pas de cicatrices. C'est ce que j'ai pu voir dans des cas de variole confluente sthénique, dans lesquels, dans le but de prévenir l'adhérence des pustules, j'avais fait appliquer des cataplasmes sur les yeux. Dans ces cas, toute la face était marquée, sauf les points correspondant aux parties des cataplasmes.

L'application de cataplasmes sur la face me paraît donc le plus sûr moyen de prévenir la formation de cicatrices difformes, en y remédiant de bonne heure et en continuant leur emploi jusqu'à une période avancée de la maladie, en les appliquant même sur le nez et les narines, à moins que celles-ci ne soient libres, ce qui est le cas le plus rare. Si, comme je le pense, les chances de cicatrices sont en rapport avec l'activité de l'irritation cutanée, cette méthode de traitement répond aux trois plus importantes indications : l'exclusion de l'air, la modération de l'irritation locale et l'entretien d'une humidité permanente propre à empêcher la dessiccation et l'induration des croûtes ; et ce traitement conviendra surtout à la forme inflammatoire ou sthénique de la maladie. Quant au meilleur cataplasme, c'est celui de graine de lin entre deux gazes auquel je donne la préférence, en le couvrant ensuite d'une feuille mince de gutta-percha ou d'un morceau de soie huilé. Jamais je n'ai eu à me repentir de l'emploi de ce moyen.

A l'appui de ce que j'ai dit, il y a un instant, de l'influence favorable de l'entretien de l'air et de l'humidité permanente, j'ajouterai le fait, rapporté par Graves, d'un homme qui fut pris d'une variole grave dans une salle de chirurgie, alors qu'il était en trai-

tement pour une maladie chronique du genou. Or, tandis que la variole fut confluente partout, le genou, qui était recouvert d'un emplâtre mercuriel, ne présenta aucun signe d'éruption. C'est sur des faits de ce genre certainement que M. Briquet s'est fondé pour proposer l'emploi de l'emplâtre de Vigo (*cum mercurio*); mais dans mon opinion il faut faire bien moins honneur des résultats favorables à une action spécifique du mercure qu'à l'influence de la compression exercée sur le système vasculaire de la partie, à la soustraction de celle-ci à l'action de l'air et à l'abondance de la perspiration cutanée entretenue au-dessous de l'emplâtre (1).

En résumé, voici les conclusions pratiques que me suggère mon expérience :

1° Les chances de cicatrices difformes sont plus grandes dans les formes sthénique ou inflammatoire que dans les formes asthénique ou typhoïde de la variole confluente.

2° En considérant le changement, tant local que général, survenu depuis quelques années dans le caractère de la maladie, on peut s'expliquer la plus grande fréquence des cicatrices dans les temps qui nous ont précédés.

3° Dans les formes typhoïdes, l'emploi d'un enduit artificiel à la surface de la peau, solution de gutta-percha, glycérine, rend souvent de bons services.

4° Dans les formes plus actives ou non typhoïdes, l'emploi extérieur des cataplasmes, ou de tous autres moyens propres à diminuer l'inflammation locale, semble le meilleur mode de prévenir les cicatrices difformes du visage.

---

(1) Une expérimentation de plus de vingt années ne nous permet pas de partager l'avis de notre savant correspondant. Il suffira à notre confrère de Dublin, pour acquérir la conviction de l'action abortive du mercure, d'appliquer sur l'un des avant-bras d'un malade affecté de variole une couche de collodion simple, puis, sur l'autre avant-bras, une couche de collodion mercuriel de même étendue. La différence des résultats qu'il observera ne tardera pas à lui faire modifier son opinion à l'égard de l'action spécifique du mercure. Pour obtenir tous les effets de cette action, il faut que la préparation contienne une certaine quantité du médicament. La formule suivante est celle qui nous a fourni les meilleurs résultats :

| | |
|---|---|
| Collodion élastique........................ | 30 grammes. |
| Bichlorure de mercure.................. | 50 centigrammes. |

C'est pour avoir employé de trop petites quantités de sel mercuriel que plusieurs expérimentateurs ont pu, à l'exemple de M. Stokes, nier l'action abortive des préparations hydrargyriques. (*Note du Rédacteur en chef.*)

**Sur le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de cinchonine.**

EXPÉRIENCES FAITES, EN 1854, AU PIRÉE ET A VARNA,

Mémoire lu à l'Académie de médecine par M. MICHEL LÉVY, ancien directeur du service de santé de l'armée d'Orient, directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Dans une discussion qui remonte à plusieurs années et qui portait sur les propriétés fébrifuges du sel marin, j'ai eu l'occasion de faire remarquer une lacune dans les préceptes d'ailleurs si judicieux formulés par M. Chomel sur l'expérimentation en médecine; je disais alors que, à la connaissance du remède, du sujet, de la maladie, des circonstances hygiéniques et morales, si justement exigée par ce maître comme une condition de la sincérité des résultats thérapeutiques, il convenait, pour certaines maladies et pour certains médicaments, d'ajouter le choix du lieu le plus favorable à l'effet de la démonstration. On peut assurer, *à priori*, si hasardée que soit en médecine toute proposition de ce genre, qu'un remède qui guérit les fièvres intermittentes en Corse et en Afrique les guérira avec la même efficacité à Paris; l'assertion inverse paraîtrait plus que contestable. Les hôpitaux de Paris sont-ils un terrain bien choisi pour l'expérimentation des médicaments antipériodiques? Mon opinion n'est point changée à ce sujet depuis 1851, époque où le ministre de la guerre m'a désigné pour faire partie d'une Commission de la Société et de l'Ecole de pharmacie de Paris, chargée de décerner un prix considérable pour la découverte d'un succédané organique du sulfate de quinine; Rome, Ajaccio, Perpignan, sont les trois localités que j'indiquai pour l'expérimentation de l'apiol, de la colophane traitée par l'acide azotique, et d'autres substances, proposées alors comme fébrifuges; notre éminent collègue M. Bussy, qui présidait la Commission, doit se rappeler que les résultats de cette observation simultanée, dans trois garnisons connues par leurs endémics palustres, furent à peu près négatifs; cependant ces produits avaient procuré des guérisons dans d'autres résidences, peut-être auraient-ils guéri certaines fièvres à Paris; mais on sait que ces prétendues cures n'expriment que la coïncidence de la cessation spontanée des accès avec l'administration d'un médicament à peu près inutile.

Je me garderai bien d'appliquer cette interprétation aux faits constatés par M. Moutard-Martin, bien qu'ils aient été recueillis dans un hôpital de Paris, d'abord parce qu'il a procédé avec toutes les précautions qui donnent à l'observation clinique une sérieuse

portée, ensuite parce qu'ils concordent avec ceux qui ont été réunis par des médecins militaires dans les circonstances les plus favorables à ce genre d'expérimentation, dont la priorité leur appartient. Les résultats de leurs investigations sur la valeur antipériodique des sels de cinchonine n'ayant pas été mentionnés dans l'excellent rapport de M. Bouchardat, l'Académie trouvera que je remplis presque un devoir en réparant cette omission ; ce me sera en même temps l'occasion de lui communiquer le sommaire des expériences que j'ai instituées moi-même avec le sulfate de cinchonine pendant ma mission à l'armée d'Orient.

Dans l'ordre chronologique, je devrais parler d'abord de ces expériences qui ont eu lieu en septembre et en octobre 1854 ; je crois qu'elles sont les premières en date ; mais comme elles m'entraîneront à quelques détails et que mon intention est de rappeler seulement en peu de mots celles que je n'ai point suivies ou provoquées, permettez-moi de vous rendre attentifs premièrement aux recherches qui sont dues à l'initiative du Conseil de santé des armées.

La dépense du sulfate de quinine est considérable dans les hôpitaux et les infirmeries de l'armée ; elle l'a été passagèrement en Orient, en Italie ; elle l'est à titre permanent, non-seulement en Corse et en Algérie, mais encore dans les garnisons de notre littoral de l'Océan et de la Méditerranée : je dirai même dans la presque totalité de nos garnisons de l'intérieur. Nos confrères civils se font difficilement une idée de la diffusion des fièvres d'accès dans les résidences militaires ; il faut avoir rempli pendant plusieurs années les missions d'inspection médicale dans l'armée, pour apprécier la fréquence et la multiplicité de ces manifestations morbides dans l'armée. Aussi le Conseil de santé s'est-il préoccupé en tout temps d'en restreindre la sphère par des instructions prophylactiques, et d'atténuer la dépense de leur traitement par l'emploi des succédanés du sulfate de quinine. Le sel de cinchonine a été essayé, d'après ses prescriptions, dans les hôpitaux d'Alger, d'Oran, de Constantine, de Cherchell, de Rome et de la Rochelle. Le choix de ces localités répond largement, comme vous le voyez, à la condition que nous avons proposé d'ajouter aux préceptes de M. Chomel. Les rapports rédigés par les médecins en chef de ces six établissements ont été résumés dans le tome II, 3e série, année 1859, du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, publié par ordre du ministre de la guerre ; nous y renvoyons pour les détails : ils donnent un total de 205 fièvres, dont 106 de première invasion et 99 récidivées ; le nombre des guérisons est de

194 : le sulfate de cinchonine n'a échoué que 11 fois. En ne tenant compte que des cas dont les observations ont été recueillies avec soin, on trouve 115 malades, dont 11 seulement ont paru réfractaires au sulfate de cinchonine, savoir : 9 sur 58, traités à Oran; 2 sur 6, traités à Rome. Chez 19 malades, la première dose a arrêté la fièvre; 37 ont eu un accès pendant le traitement; 16 ont eu deux accès; 12 ont eu trois accès; 2, quatre accès; 2, cinq accès, etc.; mais il est à remarquer que, à Constantine, on n'a agi que sur des fièvres printanières; à Cherchell, on a confondu les résultats obtenus avec la cinchonine en toute saison. Or, on peut affirmer que, même dans les contrée palustres, la fièvre intermittente ne représente pas à toutes les époques de l'année une unité statistique de même valeur. Cette discordance saisonnière amoindrit aussi la signification des effets obtenus dans les mêmes hôpitaux avec un mélange de sulfate de quinine et de sulfate de cinchonine. Cependant, l'ensemble très-intéressant des données fournies par cette expérimentation, et consignées dans la publication officielle, conduit à quelques conclusions; ainsi, quant à l'association des deux sels, elle ne semble ni augmenter ni diminuer la somme individuelle de puissance médicamenteuse que chacun d'eux apporte au produit commun. Rien de mieux démontré que les effets toxiques de la cinchonine : dans le système digestif, nausées, gastralgie, vomissements, coliques, diarrhée, si l'on n'a point imputé au remède quelques troubles digestifs, inhérents à l'accès fébrile; dans le système nerveux, éréthisme général, céphalalgie, vertiges, ivresse, bourdonnements, surdité, troubles de la vision, tremblements nerveux; au demeurant, puissance toxique égale à celle du sulfate de quinine, puissance thérapeutique très-inférieure (3 : 10).

En 1856, notre regretté collègue M. Soubeiran, membre de la Commission pour le prix des succédanés du sulfate de quinine, s'adressa à M. Laveran, alors médecin en chef à Blidah, premier professeur de l'ancien hôpital d'instruction de Metz, et aujourd'hui médecin en chef du Val-de-Grâce, pour faire expérimenter le sulfate de cinchonine et le quinium. La démarche de M. Soubeiran, auprès de cet éminent observateur, nous a valu un mémoire publié en 1856, dans la Gazette médicale, modèle de concision et de rigueur scientifiques. M. Bouchardat l'a cité dans son rapport, mais seulement pour une série de faits relatifs à la marche spontanée des fièvres palustres. M. Laveran établit, avec les données d'une observation aussi exacte que judicieuse, quatre séries parallèles de faits : fièvres palustres traitées 1° par l'expectation; 2° par le sulfate de

quinine; 3° par le sulfate de cinchonine; 4° par le quinium. Il étudie, dans chaque série, l'influence du mode de traitement sur les troubles fonctionnels qui constituent l'accès, et sur les lésions de la fièvre, qui sont à ses yeux la teinte terreuse de la peau, l'engorgement de la rate, et des hydropisies. Tandis que les médecins militaires, dont nous avons mentionné plus haut les essais, ont tous administré la cinchonine à des doses beaucoup plus élevées que le sulfate de quinine, M. Laveran, pour rendre plus exactement comparables les deux séries de faits concernant l'un et l'autre médicament, a donné la cinchonine de la même manière et à la même dose que le sulfate de quinine.

Les malades qui avaient eu, avant leur entrée à l'hôpital, moins de 5 accès, ont eu en moyenne : avec la médication quinique, 1,30 accès à l'hôpital ; avec la médication cinchonique, 2 accès.

Les malades qui avaient eu plus de 6 accès, avant leur entrée à l'hôpital, ont donné en moyenne : avec la quinine, 70 accès ; avec la cinchonine, 1,70.

La cinchonine a paru d'autant moins efficace que les fièvres étaient plus récentes et plus intenses ; elle n'a exercé aucune action, pas plus que le sulfate de quinine, sur l'engorgement de la rate.

J'arrive maintenant aux expériences faites sous mes auspices en Orient. Quand je quittai Paris, en juin 1854, avec la perspective de la saison des chaleurs, et par conséquent des fièvres, dans les stations de la Turquie et de l'Archipel, j'avais fait expédier dans les approvisionnements pharmaceutiques quelques kilogrammes de sulfate et de tannate de cinchonine qui devaient rester à ma disposition particulière. La foudroyante épidémie de choléra qui s'est abattue successivement sur le Pirée, sur Gallipoli et sur Varna, et dont je compte raconter quelque jour à l'Académie l'origine et la progression, en absorbant tous les esprits et toutes les forces vives du service de santé de l'armée, ne me permit pas d'utiliser ma provision de cinchonine en juillet et en août ; le caractère pathologique de la saison était d'ailleurs comme masqué par l'influence prédominante de l'épidémie ; mais, dès les premiers jours de septembre, il me fut possible de commencer les expériences ; il ne sera question ici que de celles qui ont été faites avec le sulfate de cinchonine.

Nous avions des troupes, un hôpital au Pirée, près d'Athènes, à trois jours de Varna par la navigation à vapeur, et, de plus, un médecin distingué, M. Artigues, qui a une longue pratique des endémies d'Afrique ; je fis choix de cette station et de celle de Varna, où commença simultanément, sous mes yeux, une série parallèle d'es-

sais, par les soins d'une des plus regrettables victimes de la médecine militaire en Orient, M. le médecin principal Barby, ancien professeur de l'hôpital d'instruction de Metz, et mort à Paris, en 1857, des suites du typhus. Que l'Académie me permette de signaler, en passant, à ses pieuses sympathies, le nom de ce vaillant collaborateur, médecin d'une science profonde, d'un sens droit, d'une admirable élévation d'esprit et de cœur.

MM. Artigues et Barby ont procédé d'après mes instructions écrites, les mêmes pour tous deux ; le premier m'a envoyé les observations rédigées de tous les cas qui sont entrés dans la statistique ; le second, fonctionnant sous mes yeux, m'a remis un rapport suffisamment détaillé. Ce sont ces documents inédits que je vais résumer succinctement.

HÔPITAL DU PIRÉE. — Les expériences ont eu lieu en septembre et en octobre 1854. Le médicament n'a jamais été donné qu'en présence du médecin et qu'après la constatation de 1 à 2 accès ; en cette saison et dans ce foyer d'intoxication palustre, la prudence ne permettait point de prolonger l'expectation. On s'est servi d'une dissolution titrée à 2 décigrammes pour 10 grammes d'eau. J'avais recommandé de n'agir que sur des cas dégagés de complication ; mais « les hommes de la brigade du Pirée, m'écrivait M. Artigues, venant de traverser un été si malheureux, ont tous été plus ou moins malades, de telle sorte qu'en agissant même sur des fièvres de nouvelle invasion, je ne les observais que sur des hommes antérieurement atteints d'autres affections ou porteurs de complications diverses. »

35 fébricitants ont pris le sulfate de cinchonine, dont 9 atteints de fièvre intermittente régulière ; 8 atteints de fièvre rémittente ; 5 atteints de fièvre à type irrégulier ; 3 atteints de fièvre continue à forme typhoïde.

*Fièvre intermittente régulière.* — Sur les 9 cas à type quotidien, 7 de première invasion, 2 récidives ; 7 fièvres simples ; 2 compliquées, l'une de symptômes bilieux, l'autre de bronchite aiguë. La dose de cinchonine a été de 4 à 6 décigrammes ; 7 cas ont cédé à la première dose, 2 en ont exigé une seconde.

*Fièvre rémittente bilieuse et inflammatoire.* — La dose a été de 1 gramme. Sept fois sur huit l'accès a été enrayé ou amoindri par la première dose ; la guérison a été définitive avec trois doses. Chez 8 malades, la convalescence s'est établie franchement du septième au huitième jour : 3 ont conservé de la céphalalgie, de la langueur, et n'ont retrouvé que lentement leurs forces. La durée moyenne

du traitement a été de treize jours : il n'y a pas eu de rechute. Toutefois, le médicament n'a pas été également bien supporté par tous les malades : 3 ont eu des vomissements ; chez 2, il est survenu une diarrhée de courte durée ; deux fois on a noté des éblouissements, des vertiges, une céphalalgie violente, une faiblesse extrême ; ces symptômes se sont dissipés quand on a suspendu l'emploi du médicament.

*Fièvre intermittente à type irrégulier.* — 5 cas suivis de guérison ; dans ce groupe, M. Artigues fait entrer 2 cas de cachexie palustre où la médication cinchonique a rendu les mêmes services que le sulfate de quinine.

*Fièvre continue à forme typhoïde.*— Un seul cas : le sulfate de cinchonine a été sans efficacité, et, vu la tendance à l'état pernicieux, on s'est hâté de recourir au sulfate de quinine, qui a produit un effet héroïque.

VARNA. — Les expériences ont eu lieu en septembre, dans un milieu pathologique dont M. Barby trace le tableau suivant : « A Varna, je me trouvais dans une localité d'une similitude frappante avec diverses parties de l'Algérie, où j'ai pratiqué la médecine et où les fièvres sont endémiques. J'avais vu, au mois d'août, dans la Dobrudsa, comme au camp de Ieni-Keui, près Varna (¹), la fièvre subcontinue, la fièvre d'accès simple ou pernicieuse, marcher parallèlement avec le choléra. En septembre, l'épidémie cessait, les fièvres d'accès devenaient plus communes, mais les intermittentes tendaient à la continuité et devenaient rémittentes ou subcontinues en peu de jours. En même temps régnaient la dyssenterie et la diarrhée, le plus ordinairement fébriles. » C'est dans ces conditions, et sous mes yeux, que M. Barby a mené de front deux séries de malades soumis, les uns à l'action du sel de quinine, les autres à celle du sulfate de cinchonine. Le solution de ce médicament, au dire de tous les malades qui en ont fait usage, est moins désagréable à boire, moins amère que celle du sulfate de quinine ; mais elle détermine sur le système nerveux les mêmes effets : surdité, vertiges, etc. ; elle est bien supportée par l'estomac, elle n'a jamais irrité cet organe ni l'intestin. M. Barby l'a donnée à dose double de celle du sulfate de quinine, pendant l'intermittence, huit à douze heures avant l'accès, quand cela était possible ; avant de l'administrer, il avait constaté soigneusement : 1° que les accès existaient ; 2° qu'ils se développaient avec une intensité et une durée crois-

(¹) Campement de la division Bosquet.

santes, ou qu'ils persistaient sans diminuer de violence ni de durée. La cinchonine n'a été prise par les malades qu'après le quatrième ou le sixième accès. Tous les malades qui en ont fait usage étaient en station à Varna ou dans la banlieue depuis plus de trois mois, ou revenaient de la Dobrudsa.

40 malades ont pris du sulfate de cinchonine ; mais, à la date du rapport de M. Barby (30 septembre), le traitement n'était terminé que chez 22, savoir :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8 | fièvres | intermittentes | quotidiennes. | 10 intermittentes régulières. |
| 2 | — | — | tierces. | |
| 1 | — | — | irrégulière. | |
| 6 | — | rémittentes | quotidiennes. | 9 rémittentes. |
| 1 | — | — | tierce. | |
| 2 | — | — | typhoïdes. | |
| 2 | — | subcontinues. | | |

Dans 3 cas, la fièvre intermittente était survenue dans la convalescence du choléra (1 quotidienne, 2 tierces).

Presque tous les malades avaient des rates volumineuses et en étaient à leur deuxième ou quatrième invasion fébrile.

Quatre malades avaient pris le sulfate de quinine sans succès, et l'on a attendu plusieurs jours, avant de tenter le traitement par le sulfate de cinchonine.

Dans un cas compliqué d'embarras gastrique, un vomitif, et, dans un autre compliqué d'irritation de l'estomac, une saignée locale, a précédé l'administration de la cinchonine.

En moyenne, chaque malade a pris 6 grammes 5 décigrammes de sulfate de cinchonine ; le minimum a été de 3 grammes, le maximum de 9.

*Fièvres intermittentes.*— La première dose a arrêté la fièvre dans 3 cas sur 11 ; la seconde dose dans 4 ; la troisième dose dans 2 cas. La première dose, dans les cas où elle n'a point prévenu l'accès suivant, l'a sensiblement amoindri. Les 2 cas restants ont exigé quatre doses de cinchonine.

On a noté l'action de ce médicament sur le pouls, sur la céphalalgie, sur l'engorgement splénique. Le pouls est tombé successivement en trois jours à 55, 50, 48, 45 pulsations, limite inférieure de fréquence, où il s'est maintenu plus ou moins longtemps, suivant que l'on a continué ou suspendu la médication. La céphalalgie a disparu rapidement, circonstance digne d'attention, parce que les fièvres intermittentes qui figurent dans cette statistique n'offraient point d'apyrexie complète et laissaient subsister entre les accès une

céphalalgie accusée par les malades jusqu'à l'administration de la cinchonine. Quant à la matité splénique, chez le sujet affecté de fièvre intermittente à type irrégulier, la rate, qui avait une étendue verticale de 14 centimètres, n'en avait plus que 5 au cinquième jour de la maladie; dans les 2 cas de fièvre tierce, la matité splénique, qui était de 11 à 12 centimètres au début, était réduite à 6 et à 8 centimètres après trois doses du médicament.

Il n'y a eu qu'une rechute, si l'on peut appeler ainsi le retour d'un accès léger, après deux jours d'apyrexie, chez un homme atteint de fièvre intermittente quotidienne.

*Fièvres rémittentes et subcontinues.* — Dans les 9 cas, la première dose n'a été suivie que d'une diminution d'intensité des phénomènes fébriles; mais leur guérison n'a pas été plus tardive qu'avec le sulfate de quinine.

*Fièvres rémittentes typhoïdes.* —Mêmes effets.

*Cachexie palustre.* — Dans quelques cas de cachexie non compris dans cette statistique, M. Barby a constaté l'influence favorable de l'emploi du sulfate de cinchonine; cette influence a commencé à se prononcer au bout de quelques jours.

Que si l'on compare maintenant, dans leurs détails, les observations faites en Afrique, à Rome et en Orient, on est dérouté par les divergences et les oppositions, ce qui tient en grande partie au défaut d'unité des conditions qui ont présidé à ces essais; à Constantine, ils portent sur les fièvres du printemps; à Cherchell et à Blidah, sur celles de l'année entière; à Rome, ils se bornent à un trop petit nombre de cas; à Oran, le même praticien n'obtient presque pas de guérisons à la simple dose de 1 gramme, tandis qu'à Varna il réussit à l'aide de cette même quantité de cinchonine. Au Pirée, à Blidah, on l'administre dans la même mesure que le sulfate de quinine; à Oran, à Rome, on triple la proportion du sulfate de cinchonine. Comment faire, d'ailleurs, la part exacte du degré d'activité fébrifère qui appartient à des localités si différentes, bien qu'elles soient toutes palustres? La Rochelle l'est-elle au même point que Rome; Cherchell, qui fait partie du littoral, se compare-t-il à Blidah, etc.?

Mais si les observations dues aux médecins militaires ne conduisent point à une solution précise de tous les éléments du problème, si elles ne sont point comparables dans leurs particularités, elles ont au moins le mérite de dégager, dans une évidence suffisante, un certain nombre de conclusions d'un grand intérêt pour la pratique; essayons de les formuler.

1° L'expectation est sans inconvénient sérieux dans les fièvres intermittentes simples, sous la réserve de conditions hygiéniques appropriées; elle est, dans une certaine mesure, le préliminaire indispensable à la sincérité des expérimentations des succédanés du quinquina.

2° Une partie des succès attribués à la cinchonine n'a pas plus de valeur que ceux d'une foule d'autres substances employées à titre de fébrifuges; ils témoignent d'un fait clinique important, bien connu des anciens, à savoir : l'épuisement spontané des accès fébriles. Nous rattachons à ce mode de solution les prétendues guérisons de fièvres obtenues d'emblée par la cinchonine, avant la manifestation d'un seul accès à l'hôpital, et celles de la plupart des fièvres printanières.

3° Quoique les fièvres de l'été et de l'automne résistent plus que celles du printemps, elles offrent encore une certaine proportion de cas qui se terminent spontanément; c'est ce que prouvent les observations de M. Laveran; nous n'hésitons pas à y ajouter une partie de celles que nous avons fait faire au Pirée, en septembre 1854, et qui nous montrent des fièvres intermittentes guéries par une première dose de 4 à 6 décigrammes de sulfate de cinchonine; la réflexion nous porte à faire entrer encore dans cette catégorie les fièvres que nous avons traitées en 1835 par la salicine, avec un succès apparent, dans l'hôpital de Calvi, en Corse.

4° Si, dans des contrées aussi palustres que la Corse, l'Algérie, le Pirée et Varna, à l'époque où le dégagement miasmatique est au maximum, on constate une proportion assez forte de fièvres qui se terminent spontanément, cette proportion doit être bien autrement considérable dans nos climats très-tempérés, dans les localités dont le caractère paludique est moins prononcé ou même très-faible, telles que Paris et beaucoup de nos villes de l'intérieur. A l'hôpital militaire de Lille, un vénérable médecin en chef, M. de Chamberet, guérissait les fièvres intermittentes avec l'eau pure distribuée aux soldats dans des fioles qui portaient pour étiquette : *Protoxyde d'oxygène*.

5° La dépense de sulfate de quinine, dans les hôpitaux civils comme dans l'armée, se trouvera sensiblement réduite par l'application des données qui précèdent; le sulfate de cinchonine suffira au traitement de la plupart des fièvres qui surviennent au printemps et jusqu'au commencement du mois de juin; même au delà de ce terme, il réussira dans un certain nombre de fièvres d'été et d'automne. Pendant l'hiver, où l'on n'a à combattre que des

fièvres récidivées, sans tendance au type pernicieux, le même médicament trouvera encore sa place, précédé ou non d'une dose de sulfate de quinine, suivant le conseil de M. Moutard-Martin, ou associé à une faible quantité de sulfate de quinine, d'après les expériences prescrites par le Conseil de santé des armées.

6° Aucun médecin militaire n'a tenté l'emploi de la cinchonine contre les fièvres pernicieuses ; cette réserve, conforme aux instructions du Conseil de santé, sera certainement imitée par nos confrères civils ; elle est commandée par les résultats de l'expérimentation.

7° Il est une autre source d'économie du précieux sel de quinine, c'est une dosation rationnelle ; l'exagération des doses de ce médicament s'est étendue de l'Afrique à la France ; j'ai vu prescrire à Paris 1 gramme de sulfate de quinine contre des états fébriles qui comportaient à peine l'emploi de ce remède. Une observation impartiale démontre que, même dans les pays de marais, il est rarement nécessaire d'en élever les doses au delà de 8 décigrammes à 1 gramme ; nous avons vu réussir ces doses à Navarin, en Morée, contre les dangereuses fièvres engendrées par les émanations du marais de la Djalowa, et qui ne cédaient point en gravité à celles de l'Algérie.

8° Enfin, il se fait une dépense de sulfate de quinine en pure perte contre la plupart des engorgements spléniques. D'après M. le professeur Laveran, la quinine reste sans action sur la marche de ces lésions. Nos observations nous portent à faire une distinction pratique entre les engorgements invétérés de la rate et ceux qui sont de date très-récente. Ces derniers nous ont paru subir, comme l'ensemble des phénomènes qui constituent la fièvre paludique, les effets favorables de la médication ; les tumeurs plus anciennes de la rate ne sont guère modifiées par le sulfate de quinine, qu'on ne manque pas cependant de prodiguer contre elles avec une coûteuse persévérance.

Tels sont les enseignements d'une expérience clinique aussi multipliée que diverse par les lieux, pour arriver à une notable diminution de la dépense en quinine, et pour la remplacer souvent sans aventure par le sulfate de cinchonine.

Rappelons en terminant que, dans son rapport imprimé en 1859, le Conseil de santé n'a pas manqué de faire ressortir le singulier contraste entre l'énergie toxique du sulfate de cinchonine et son insuffisance thérapeutique ; c'est là un sujet qui mérite des recherches nouvelles. Dans l'administration du quinquina, les effets

toxiques et thérapeutiques de la cinchonine se combinent avec ceux de la quinine; la résultante de ces actions fait la valeur propre du quinquina. Or, si le sulfate de quinine est la ressource du médecin contre les fièvres qui résistent à l'usage du sulfate de cinchonine, il existe aussi des fièvres qui sont rebelles au sulfate de quinine et qui cèdent au quinquina; dans les fièvres fréquemment récidivées et dans celles qui ont entraîné un état cachectique, c'est au quinquina que nous donnons la préférence.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Des amputations secondaires, à la suite des coups de feu.

Par M. le docteur Jules Roux, premier chirurgien de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

La question des plaies d'armes à feu a souvent été agitée par les corps savants. Au siècle dernier, de grands débats ont eu lieu, sur ce sujet, au sein de l'Académie de chirurgie; ils se sont reproduits dans cette enceinte après les événements de 1848. D'un autre côté, depuis le premier empire chaque guerre a eu son historien parmi les médecins de l'armée. En me permettant aujourd'hui une communication sur les plaies d'armes à feu, susceptible, peut-être, de raviver d'anciens débats, l'Académie restera fidèle à ses traditions. Elle a, en effet, l'habitude après les épidémies, les guerres, les expéditions lointaines, de revenir sur les mêmes sujets, en évoquant devant elle la relation des grands événements qui marquent leur place dans l'histoire de l'humanité.

Conduite par l'Empereur en personne, la guerre d'Italie, glorieuse, courte, sanglante, a certainement sa physionomie propre dans les fastes militaires. Nos confrères de l'armée ne manqueront pas de nous dire ce que les conditions spéciales où elle a été faite ont apporté de caractéristique aux blessures et à leur traitement. Placé à la tête de l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier, situé sur les bords de la rade de Toulon, où sont arrivés plus de deux mille blessés de la guerre et près de trois mille fiévreux, j'ai dû faire, avec mes collègues, beaucoup d'opérations, recueillir des observations nombreuses, et d'autant mieux concentrer mon attention sur la *chirurgie consécutive* que je n'avais à donner mes soins qu'à des militaires blessés depuis un ou plusieurs mois.

La communication que j'ai l'honneur de faire à l'Académie a

donc trait à la chirurgie secondaire, à un point circonscrit de cette chirurgie, à la question des *amputations secondaires après les coups de feu.*

L'amputation primitive a eu une large part dans la guerre d'Italie; Saint-Mandrier a reçu 220 hommes amputés immédiatement sur le terrain des hostilités, dans les ambulances ou dans les hôpitaux voisins. Les amputations secondaires ont dû être nombreuses aussi; nous en avons pratiqué 26 dans notre hôpital; elles auront été dans une proportion égale partout ailleurs. Car, et c'est là un des caractères de la dernière guerre, la chirurgie conservatrice a dû être faite sur une échelle très-étendue, et de là il résultera peut-être, pour l'amputation secondaire, des études plus profondes, des faits mieux observés, des préceptes nouveaux.

Entrons dans les explications et les détails.

Après tout coup de feu, il faut étudier deux choses, la lésion et ses conséquences, le traumatisme local et l'inflammation : de ces deux groupes de phénomènes, le premier, *physique*, semble plus particulièrement appartenir à la chirurgie *primitive;* le second, *vital*, est du domaine de la chirurgie *secondaire*, et mérite de fixer toute notre attention.

A la suite des coups de feu, l'inflammation se développe dans les parties molles et dans les os. L'ostéomyélite, que je veux seule examiner ici, nécessaire, inévitable, semée de tant de périls, existe donc chaque fois qu'un os a été contus, labouré par une balle, et surtout quand le tissu spongieux des os larges et courts, les extrémités articulaires, le canal médullaire des os longs ont été entamés par un projectile. Cette ostéomyélite, d'abord locale, s'étend et finit par envahir l'os en totalité en suivant toutes les phases de l'inflammation des parties molles elles-mêmes. Nous lui avons distingué trois degrés ou périodes : 1° d'*hypérhémie* (de *résolution*); 2° de *ramollissement* (d'*amputation*); 3° de *suppuration* (de *mort*).

Dans les déterminations de ces périodes, dont il serait trop long de rapporter ici les caractères anatomiques, ainsi que dans l'indication des résultats propres à chacune d'elles, j'ai dû tenir à ne consacrer que l'expression la plus générale des faits. Ainsi, la première période est celle de l'hypérhémie (de résolution), parce que l'état de congestion qui la distingue (autour de la plaie osseuse, qui doit toujours suppurer) est, le plus souvent, suivi de la guérison du blessé. La deuxième période, celle de ramollissement (d'amputation), coïncide avec un état pathologique spécial de la moelle et la plus fréquente nécessité de pratiquer l'ablation des membres. La troi-

sième période est dite de suppuration (de mort), parce qu'elle est en rapport avec la purulence la plus étendue et une terminaison ordinairement funeste.

En face de l'ostéomyélite, atteignant, plusieurs mois après la blessure, la totalité de l'os blessé, plaçons l'amputation secondaire, appelée à en conjurer les funestes effets, quand la guérison n'a pas lieu et que la vie du malade est assez prochainement compromise.

Depuis plus d'un siècle, les médecins militaires ont établi et fait prévaloir le principe suivant : à la suite des coups de feu, quand la balle a brisé en éclats les os des membres, il faut pratiquer l'amputation dans la continuité, la résection, la désarticulation, selon le point frappé. Ce précepte fondamental, applicable surtout au bras et à la cuisse, dicte la conduite qu'on doit tenir dans les amputations primitives comme dans les amputations secondaires.

Dans les quarante ou soixante heures, la lésion des coups de feu n'est encore qu'un *accident;* dès que l'inflammation avec sa réaction générale est établie, *la maladie existe.* Contre l'accident, on oppose l'amputation primitive ; contre la maladie, l'amputation secondaire.

Mais, en ce qui touche cette dernière, il nous faut établir une distinction importante, afin de ne pas perpétuer la confusion qui, sur ce point, nous paraît exister dans la science. La maladie qui nécessite l'amputation présente deux phases distinctes et sous quelques rapports opposées. Dans la première, que j'appellerai *phlegmoneuse,* comportant plusieurs semaines, l'inflammation se généralise dans les parties molles et reste locale dans l'os. Dans la deuxième, *d'ostéomyélite,* comprenant plusieurs mois et même une année, l'inflammation générale dans l'os devient locale dans les parties molles. La texture et la vitalité différentes dans chaque tissu rendent compte de ces différences.

Dans la phase *phlegmoneuse*, l'amputation secondaire est commandée principalement par la lésion des parties molles, accessoirement par celle de l'os ; c'est le contraire dans la phase *d'ostéomyélite,* où l'amputation secondaire est imposée d'abord par la lésion osseuse, par celles des parties molles ensuite.

En pratiquant l'amputation secondaire dans la phase phlegmoneuse et dans la continuité de l'os au-dessus de la lésion, on a la chance de tomber sur une portion encore saine de l'os, ou atteinte d'ostéomyélite à la première période. C'est déjà un danger dans le dernier cas.

Quand l'amputation secondaire est accomplie dans la phase d'os-

téomyélite, en suivant les préceptes ordinaires, il est évident que du moment qu'elle a lieu dans la continuité de l'os malade, elle laisse inévitablement une partie du mal avec une cause de plus d'aggravation, le traumatisme de la scie, etc. Pour que l'amputation secondaire soit alors un moyen capable d'amener la guérison des blessés, il est indispensable de s'écarter des préceptes les plus classiques, de s'inspirer des principes généraux qui les dominent et qui prescrivent d'*enlever le mal en totalité* : il faut donc *presque toujours pratiquer la désarticulation de l'os atteint d'ostéomyélite.*

Au moment de l'arrivée à Saint-Mandrier des premiers blessés d'Italie, mes idées sur l'ostéomyélite étaient, ce qu'elles sont encore dans la science, incomplètes, mal arrêtées ; l'expérience ne les avait pas modifiées par son enseignement ; je n'avais donc pas de motifs pour changer le *lieu* des amputations secondaires. MM. les docteurs Nielly, Buisson, Arland et moi fîmes donc, en obéissant aux préceptes anciens :

Quatre amputations secondaires de cuisse dans la continuité; trois résections secondaires, dont deux de la tête de l'humérus, une du tiers supérieur du péroné; une trépanation secondaire de l'os iliaque droit, pour des coups de feu qui avaient atteint le fémur, l'humérus, le péroné, l'os iliaque, depuis plusieurs mois, dans les journées de Montebello, Magenta, Marignan et Solferino : sur ces 8 opérés, 6 moururent, les 2 derniers ne guérirent qu'à la condition de subir l'amputation du bras plusieurs mois après la résection, et chez tous les pièces pathologiques, que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, démontrent que l'os était en totalité affecté d'ostéomyélite et que partout l'opération, qui ne l'avait enlevé qu'en partie, avait laissé aussi une partie du mal.

Cependant, je m'empresse de le déclarer, j'ai pratiqué dans des circonstances particulières et avec succès, jusqu'à présent du moins, deux opérations secondaires dans la continuité de l'os blessé : une résection de la tête de l'humérus brisée par une balle ; une amputation de jambe au-dessus du lieu d'*élection* pour un coup de feu du tarse, avec lésion de la *malléole externe*.

Quand l'insuccès du plus grand nombre des opérations secondaires dans la continuité de l'os malade a été évident après une pénible expérience et qu'il a été certain que l'ostéomyélite de la totalité de l'os en était la cause principale, il a fallu changer de précepte, déplacer le lieu de l'amputation, le porter dans la jointure immédiatement supérieure à l'os blessé, et il est devenu urgent de le désarticuler.

Dans cette direction nouvelle de mes idées, nous avons pratiqué 22 désarticulations secondaires et obtenu 22 guérisons dans les cas les plus graves, à savoir :

| | | |
|---|---|---|
| Désarticulations | coxo-fémorales | 2 |
| — | scapulo-humérales | 13 |
| — | fémoro-tibiale | 1 |
| — | tibio-tarsiennes | 5 |
| — | métacarpo-phalangienne | 1 |
| | Total | 22 |

Ces opérations, nécessitées vingt fois par des coups de feu, ont toujours été pratiquées, dans des tissus indurés, par la méthode à lambeaux et dans l'éthérisme le plus complet, à l'aide des vapeurs du chloroforme inhalées dans mon *sac* à éthérisation ou dans le *cornet* qu'a fait connaître M. Reynaud, inspecteur général du service de santé de la marine.

Ces résultats et les principes qui les ont amenés sortent tellement de la règle commune, qu'il est indispensable de rechercher les objections qu'on pourrait y opposer.

1° Ces malades auraient guéri sans l'opération. — Mais tous les blessés que nous n'avons pas pu opérer, et qui sont morts, ont présenté, dans leurs os frappés par les balles, les caractères de l'ostéomyélite. Vous pouvez vous en convaincre en les comparant avec les os des membres amputés dans la continuité, comme dans ceux opérés dans la contiguïté.

2° Ce sont là des séries, malheureuses dans un cas, heureuses dans un autre.— Mais avant que nos idées nouvelles eussent atteint leur maturité, six malades amputés dans la continuité du segment de membre supérieur à celui qui avait été blessé ont donné trois succès et trois morts ! Faut-il créer pour eux une troisième série intermédiaire, neutre, indifférente ?

3° L'*ostéomyélite des blessés* que vous signalez n'est pas un fait pathologique général, mais un accident dépendant du traumatisme de la scie, de conditions générales mauvaises, inhérentes à un hôpital encombré. —Mais comment expliquer la mortalité différente après les amputations faites en même temps à Saint-Mandrier, selon qu'elles étaient pratiquées sur l'os atteint par le projectile ou sur celui qui n'avait pas été touché ? Quand l'ostéomyélite est consécutive à l'action de la scie après l'amputation, la portion d'os enlevée n'en montre pas tous les caractères anatomiques, comme cela est toujours arrivé. Enfin, Saint-Mandrier, malgré ses nombreux

malades, était si peu dans des conditions ambiantes fâcheuses, que j'y ai fait transporter un de mes désarticulés de la cuisse peu de jours après l'avoir opéré à l'hôpital de la marine de Toulon.

4° Cette ostéomyélite des blessés n'est pas un fait général, car après toutes nos guerres il n'eût pas échappé à l'attention des nombreux observateurs. — Le silence qui règne dans la science, sur la question que j'agite, fait naître en moi un sentiment de défiance à l'endroit de l'interprétation que j'ai donnée au résultat de mon observation. Je n'ai presque rien trouvé dans les auteurs sur la chirurgie secondaire des coups de feu, et cette lacune contraste avec tout ce qui a été fait pour la chirurgie primitive, qui semble laisser peu à désirer. J'ai vainement cherché quelques documents sur l'*ostéomyélite des blessés* et sur la désarticulation secondaire qu'elle peut réclamer. J'en ai trouvé un petit nombre sur l'ostéomyélite liée à d'autres causes : MM. Cruveilhier en 1835, Reynaud en 1831, T. Valette en 1855, traitent, dans d'importants travaux, de l'ostéomyélite traumatique des amputés, déjà signalée dans les fractures, par Duverney au siècle dernier et par Blandin dans le nôtre, après l'amputation. MM. Chassaignac et Gosselin ont publié de remarquables écrits sur l'ostéomyélite aiguë spontanée et sur l'inflammation du tissu médullaire des os dans les fractures. Tout le monde sait que Gerdy a laissé l'histoire dogmatique de l'ostéite et de la carie. Mais je ne sache pas que personne ait envisagé, comme je l'ai fait, l'ostéomyélite inhérente aux coups de feu, sans doute parce que nul chirurgien ne s'est trouvé dans les conditions d'observation où j'ai été placé. Je suis porté à croire que des faits semblables à ceux que j'ai signalés auront été observés dans les hôpitaux où des amputations secondaires auront été faites sur les blessés d'Italie ; c'est là un contrôle qu'il ne serait pas sans intérêt de provoquer, et c'est pour lui venir en aide que je rapporte trente observations à la fin de mon travail.

5° Une ou plusieurs années après les coups de feu, l'expérience montre que des amputations ultérieures ou consécutives, dans la continuité de l'os blessé, ont été suivies de succès. — C'est qu'après une année environ, la moelle résorbée a fait place à une production osseuse qui remplit le canal, que l'ostéomyélite est guérie ou reste limitée au cal de la fracture.

Si je ne m'abuse pas, je me crois fondé à établir, d'après tout ce ce qui précède :

1° Que l'ostéomyélite est inévitable après les coups de feu, mais qu'elle guérit le plus souvent.

2° Qu'elle envahit ordinairement la totalité de l'os plus ou moins promptement, et que c'est là un fait pathologique général.

3° Que l'amputation ou la résection secondaires dans la continuité de l'os blessé, exposant à ne pas enlever tout le mal, laissent trop souvent une partie d'os affecté.

4° Qu'il faut attribuer à ces opérations partielles sur l'os primitivement atteint les résultats incomplets qui amènent la mort des blessés, et qui sont peut-être la cause principale de l'insuccès des amputations secondaires en général.

5° Que dans les six mois qui suivent les coups de feu, et même jusqu'à un an, quand la guérison n'a pas lieu et que l'indispensable obligation d'opérer se produit, il faut, dans la majorité des cas, sinon toujours, désarticuler l'os malade et renoncer à la résection et à l'amputation dans la continuité

Ce précepte, qui n'est encore qu'une simple proposition, deviendra une loi si l'expérience le justifie et si l'Académie le sanctionne.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Lotion contre le lupus.

M. Weden Cooke, médecin du Royal-free-Hospital de Londres, a guéri un garçon de seize ans d'un lupus qui couvrait la plus grande partie de la face, et avait détruit une aile du nez, par le traitement suivant :

| | |
|---|---|
| Eau.................................... | 250 grammes. |
| Bichlorure de mercure.................... | 40 centigrammes. |
| Acide chlorhydrique...................... | 16 gouttes. |

Trois fois par jour on lotionnait les parties malades avec la solution ci-dessus, on étendait ensuite une pommade qui contenait une préparation de zinc, dont le nom et la dose ne sont pas indiqués. Il y eut chez le malade de M. Cooke trois récidives, mais de plus en plus faibles; et l'affection, combattue à l'aide d'un traitement antiscorbutique, finit par disparaître.

### Formules contre le diabète sucré.

Nous trouvons dans le même journal *the Lancet* les formules

suivantes qui ont été prescrites par M. Hill-Hassal, dans un cas de diabète sucré :

| | |
|---|---|
| Teinture d'opium camphrée................ | 2 grammes. |
| Acétate de potasse........................ | 2 grammes. |
| Infusion de quassia amara................. | 50 grammes. |
| Sirop d'écorces d'oranges.................. | 6 grammes. |

A prendre en quatre fois chaque jour. On a surveillé la diète et le régime. On a donné au malade deux ou trois fois par jour de la viande fraîche ; de temps à autre, du poisson, de la volaille, des œufs ; mais au lieu de pain, on lui a donné du biscuit de son fait exprès pour lui ; on lui a permis des légumes verts et prescrit pour déjeuner du cresson de fontaine. On a défendu tous les farineux et les amylacés ; le pain ordinaire, les pâtés, le pudding, etc. ; les fruits, notamment les fruits doux et desséchés ; parmi les légumes, on a surtout défendu les pommes de terre, les navets et les carottes. La médication fut changée un peu plus tard ; ainsi on lui a prescrit .

| | |
|---|---|
| Teinture d'opium camphrée................ | 6 grammes. |
| Alcool camphré.............................. | 10 gouttes. |
| Phosphate de soude........................ | 50 centigrammes. |
| Infusion de quassia......................... | 50 grammes. |

A prendre en trois fois chaque jour ; en outre, on a prescrit trois fois par jour 1 décigramme de sulfate de quinine. Ce traitement et ce régime furent observés rigoureusement, et l'état du malade s'améliorait rapidement et presque journellement. Vers la fin de septembre, le sucre a disparu et la densité de l'urine est tombée à 1021-1017. Le 15 novembre, les médicaments furent supprimés, et peu à peu on a permis au malade de revenir à son régime habituel. Les urines continuaient à ne pas contenir de sucre ; elles n'en ont plus montré jusqu'au mois d'avril 1859, époque où l'auteur a eu l'occasion de revoir le malade dont l'état général continuait à être bon.

---

**Remarques sur la pommade à l'iodure de potassium parfumée avec l'essence de citron.**

Les médecins font souvent entrer dans la pommade hydriodatée du Codex quelques gouttes d'une huile essentielle, dans le but de masquer l'odeur de l'axonge dont on se sert comme excipient. Nous croyons devoir les prévenir que la blancheur de cette pommade dépendra du choix de l'aromate. En effet, nous avons noté que s'ils prescrivent d'ajouter à ce médicament l'essence de zeste

de citron, obtenue par expression, et surtout celle préparée par distillation, on aura un mélange d'une couleur jaune si foncée qu'on sera en droit de croire à une erreur de la part du pharmacien.

Les essais que nous avons entrepris à ce sujet nous ont conduit à conclure que, dans la circonstance, l'essence de citron réagit sur l'iodure de potassium à la manière des acides minéraux ; qu'il isole l'iode de la base salifiable, et qu'une fois le métalloïde mis à nu, il reprend sa couleur pour la communiquer au corps gras. On peut se convaincre de l'exactitude du phénomène, en ajoutant au mélange un peu d'amidon, qui à l'instant même se colore en bleu.

L'essence de citron n'est pas la seule essence qui ait une action sur l'iodure de potassium : l'essence de térébenthine produit le même effet ; les essences de Portugal, de bergamote, de cédrat, de cannelle, et quelques autres encore, ont le pouvoir d'altérer la pommade d'iodure de potassium, mais à un moindre degré.

Ces remarques n'ont pas seulement une valeur au point de vue de la médecine pratique, elles montrent encore qu'on pourrait utiliser les essences de citron et de térébenthine comme des réactifs certains de l'iodure de potassium ; réactifs précieux en ce qu'ils n'exigeront pas l'intervention d'un acide. STANISLAS MARTIN.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Remarques sur le traitement de la première période de la phthisie pulmonaire par le saccharolé d'écailles d'huître.

La phthisie, à sa première période, est curable : personne ne le conteste aujourd'hui ; seulement, on est disposé généralement à n'admettre la guérison d'une phthisie que lorsqu'on constate, en même temps que l'amélioration de l'état général, la disparition des altérations stéthoscopiques. Mais les faits cliniques et l'anatomie pathologique sont contraires à cette manière de voir. — Qu'un tubercule cru tende à la guérison, il se fait autour de lui un épanchement plastique qui l'isole, l'enkyste comme un corps étranger, puis il est soumis à la résorption et subit la transformation crétacée. Il est donc impossible, la plupart du temps, que ce travail curateur coïncide avec le retour de la perméabilité pulmonaire. Il peut même, momentanément, y avoir encore exagération de la rudesse, de la durée, etc., des bruits inspiratoire et expiratoire, ou bien obscurcissement plus considérable de ces bruits. Plus tard, l'épanchement

plastique étant lui-même soumis à la résorption, les altérations stéthoscopiques diminuent et peuvent disparaître en partie. Cependant on conçoit que, le plus souvent, il doit rester, comme suite de ce travail, dans un poumon que l'on peut appeler guéri, des désordres tels que, toujours, l'auscultation révélera, en ce point, la maladie passée.

Ces considérations s'appliquent aux tubercules un peu nombreux, agglomérés; mais je dois dire que, dans des phthisies de date très-récente, avec éruption légère, j'ai vu plusieurs fois disparaître rapidement les altérations stéthoscopiques, lorsqu'il y avait tendance franche à la guérison.

J'admets donc que lorsqu'il y a amélioration évidente, incontestable, de l'état général chez un phthisique, — si la fièvre, les sueurs nocturnes, l'expectoration, puis la toux disparaissent; si ce malade prend des forces et de l'embonpoint, — on doit le considérer comme en bonne voie de guérison, malgré la persistance de quelques altérations stéthoscopiques.

Dans la plupart des cas il n'est pas plus possible d'obtenir la perméabilité parfaite d'un poumon tuberculeux, qu'il ne serait possible d'éviter une cicatrice dans une plaie avec perte de substance. — Partant de données un peu empiriques, j'ai mis en usage, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, la coquille d'huître. Quoique je n'aie pas essayé comparativement le carbonate de chaux pur, qui doit être, dans ce cas, la partie la plus active, je ne pense pas que la coquille d'huître puisse être assimilée complétement au sel calcique.

La coquille d'huître est composée de carbonate et de phosphate de chaux, avec des traces de sels de fer et de magnésie; en outre, la matière animale qu'elle contient ne doit pas avoir une action tout à fait insignifiante.

Dans l'espace de deux années, j'ai soumis à l'usage de ce médicament quatre-vingt-dix phthisiques. Tous ces traitements n'ont pas été complets. J'ai eu à soigner presque exclusivement des malades indigents, spécialement des malades inscrits au dispensaire général et placés, pour la plupart, dans de mauvaises conditions hygiéniques. Il en est beaucoup que je n'ai pu observer assez longtemps. Je comprends en outre, dans ce nombre, des malades arrivés à une période où toute médication devait fatalement échouer.

Voici, d'une manière sommaire, quelques données sur les résultats obtenus. Je me sers de la division en deux périodes, l'une antérieure, l'autre postérieure au ramollissement des tubercules.

1° Malades dont le traitement n'est pas encore complétement terminé, et dont je ne parlerai pas pour cette raison, 10.

2° Malades qui ont suivi un traitement incomplet ou que je n'ai pu revoir, 42. Sur ces quarante-deux malades, un peu à tous les degrés, un certain nombre ont obtenu des améliorations remarquables. Je les cite pour mémoire, et parce qu'il m'a été permis d'étudier chez eux l'effet du médicament; mais je ne peux faire entrer dans un relevé numérique sérieux que les malades suivants.

3° Malades à la seconde période, 22. Ces vingt-deux malades se divisent ainsi : 12 étaient à la fin de la seconde période; insuccès complet, mort; 5 étaient à un degré moins avancé ; il a été obtenu chez eux une amélioration très-manifeste suivie de rechute et de mort. Sur 3 de ces malades j'ai constaté, autant qu'il est possible de le faire par l'auscultation, sans autopsie, la cicatrisation de cavernes dont l'une était considérable; 5 autres malades étaient au commencement seulement de la seconde période, et se sont rétablis.

4° Malades à la première période, 16; guérison, 12 ; insuccès, 4.

J'ai donc obtenu, sur douze malades à la première période et au commencement de la seconde période, un rétablissement aussi complet que possible. Chez quelques-uns de ces malades la phthisie était fort récente. Dans ce cas, le succès a été rapide et le traitement n'a duré que de trois à cinq mois. Chez d'autres, atteints depuis plus longtemps, le traitement a été laborieux et plus long : de six à dix mois.

Voici les effets que j'ai pu observer à la suite de l'administration de la coquille d'huître. Si la phthisie affecte la forme fébrile, aiguë, mais que l'éruption tuberculeuse soit récente, la coquille d'huître a une action puissante et positive. Cet état fébrile peut disparaître fort rapidement, et cela après avoir résisté aux moyens les plus rationnels. Alors une amélioration sensible dans l'état général et local ne tarde pas à se manifester. Si la phthisie se présente avec sa marche lente, plus habituelle, la petite fièvre du soir, si elle existe, est ordinairement influencée très-favorablement par l'administration de la coquille d'huître. L'appétit est augmenté, les digestions deviennent meilleures. Il y a amélioration de l'état général, accroissement des forces, diminution et disparition graduelle des sueurs nocturnes. Presque toujours l'expectoration, même abondante, ne tarde pas à être supprimée à peu près complétement.

La toux est calmée assez vite dans certains cas, spécialement dans les phthisies très-récentes. Mais, le plus ordinairement, et surtout lorsqu'il y a des désordres pulmonaires un peu considé-

rables, l'action sur la toux est plus lente, quoique assez sensible. Ce n'est souvent qu'après six ou huit mois de traitement qu'elle disparaît. Il faut probablement que le travail plastique qui doit se faire autour des tubercules soit terminé. Il est des malades qui sont arrivés à ne plus tousser du tout (1re période) ; d'autres toussent encore un peu de temps en temps (2e période), malgré un état général tout à fait satisfaisant. Enfin les malades acquièrent toutes les apparences d'une bonne santé.

Les douze malades cités comme étant à la première période paraissent complétement guéris. Les cinq autres, placés au commencement de la seconde période, n'ont pas repris toute la vigueur ni l'embonpoint qu'ils ont eus avant leur maladie. Chez deux ou trois de ces malades, seulement, j'ai pu constater la disparition à peu près complète des signes stéthoscopiques. Les autres présentent encore à l'auscultation des altérations, des bruits respiratoires, qui permettraient de diagnostiquer chez eux la phthisie. Je me suis expliqué à ce sujet.

Chez tous j'ai constaté que, même après que le traitement a été cessé, les altérations stéthoscopiques ont commencé à diminuer. Il est possible que par la suite elles deviennent moins sensibles encore, et même qu'elles disparaissent.

Je présente ces malades comme guéris. Il est néanmoins probable que plusieurs d'entre eux mourront de phthisie. Ils restent presque tous soumis aux influences qui, chez eux, ont développé la maladie. Leur guérison, quoique parfaite en apparence (du moins pour les douze premiers), ne les met certainement pas à l'abri d'une nouvelle éruption tuberculeuse.

Malgré cette restriction, malgré des insuccès, je ne connais aucun agent antituberculeux qui puisse donner des résultats aussi positifs, et les rétablissements obtenus me permettent d'affirmer qu'on réussira à guérir bon nombre de malades placés dans des conditions favorables et chez lesquels la phthisie sera diagnostiquée et traitée à son début.

Je parle de phthisies commençantes, sans ignorer la difficulté de leur diagnostic. Cependant le diagnostic est presque toujours possible, et, dans un cas douteux, on ne devrait pas hésiter, je le pense, à essayer un traitement qui n'a pas d'inconvénient sérieux si l'on s'est trompé, tandis que, si la tuberculisation existe, il y a un danger extrême à la laisser marcher ; je crois même que la coquille d'huître pourra être donnée *préventivement* dans bien des circonstances.

Voici le mode de préparation et d'administration que j'ai adopté :

Les coquilles d'huîtres étant bien nettoyées, les faire sécher lentement, soigneusement, à une douce température (cette dessiccation exige de trente à quarante jours en moyenne); les pulvériser *sans aucune espèce de résidu ;* ne pas se servir de vases métalliques, qui s'oxydent rapidement à leur contact.

La coquille d'huître, parfaitement pulvérisée, est mélangée avec un quart de son poids de sucre en poudre. Telle est la forme sous laquelle je l'ai employée. On a alors un *saccharolé de coquilles d'huître.* Celui dont je me suis constamment servi m'a été préparé par M. Savoye, pharmacien à Lyon.

La coquille d'huître pulvérisée doit être conservée dans des vases non métalliques, bien clos et exactement remplis; éventée ou trop vieille, elle perd de son activité, comme beaucoup d'autres poudres médicinales.

Le saccharolé de coquilles d'huître est divisé en paquets de 4 grammes. La dose ordinaire est, pour un adulte, de trois paquets, soit 12 grammes par jour. Chaque prise de 4 grammes est délayée, au moment de son administration, dans du bouillon ou de la tisane, et espacée convenablement. Chez les enfants, la dose n'a jamais été moindre de 4 grammes par jour. Alors la prise est divisée en deux ou trois doses.

Quand la coquille d'huître doit agir, l'amélioration devient déjà sensible dans le premier ou le second mois de son administration. Quand je n'ai rien obtenu dans ces deux premiers mois, j'ai ordinairement échoué.

Il est extrêmement important de ne pas soumettre trop longtemps les malades à l'usage de la coquille d'huître. Il faut savoir s'arrêter lorsqu'on a obtenu une certaine amélioration, sauf à recommencer si cette amélioration ne persistait pas. L'usage trop prolongé de la coquille d'huître peut avoir des inconvénients. J'ai vu survenir une espèce de cachexie analogue à celle que l'on observe après la saturation de l'organisme par les alcalins. Les malades deviennent d'une pâleur de cire; avec perte d'appétit, digestions difficiles, essoufflement, anéantissement des forces. Je dirai comment j'ai prévenu et combattu cet accident.

La coquille d'huître cause quelquefois une constipation assez pénible, qu'on peut combattre par les moyens ordinaires. La diarrhée n'est pas une contre-indication à son emploi. Un autre accident que j'ai vu survenir, très-rarement il est vrai, ce sont des concrétions stomacales ou intestinales. Si les digestions deviennent pénibles,

avec envies de vomir, poids au creux de l'estomac, malaise que rien n'explique, expression de souffrance gastrique, il faut supprimer momentanément la coquille d'huître. Un malade a vomi trois concrétions grosses comme des œufs de pigeon et a été soulagé. Un autre a présenté tous les signes rationnels de concrétions stomacales et a été guéri, au bout d'un mois, par la suspension du médicament et l'usage des amers, aloès et rhubarbe, eau gazeuse, etc.

J'ai fait mélanger la coquille d'huître avec du sucre pour en favoriser la digestion, et j'ai soin de ne jamais dépasser la dose de 12 grammes par jour de ce saccharolé.

Dans les deux cas où j'ai observé des concrétions stomacales, les malades prenaient, en même temps que la coquille d'huître, de l'huile de foie de morue. Il faudra donc éviter l'emploi *simultané* de ces deux médicaments.

En résumé, je propose contre la première période de la phthisie pulmonaire la coquille d'huître sous forme de saccharolé. Mais qu'on veuille bien ne demander à ce médicament que ce qu'il peut donner et l'employer exactement dans les conditions que j'indique.

C'est spécialement *au commencement de la première période* que la coquille d'huître peut avoir une efficacité complète. Plus tard, les chances de succès décroissent rapidement.

La coquille d'huître ayant une action positive contre le tubercule, il était intéressant de rechercher si, dans la maladie scrofuleuse, elle avait également une action favorable.

M. Rollet, chirurgien en chef de l'Antiquaille, que je ne saurais assez remercier de sa bienveillance et de ses excellents conseils, a bien voulu me permettre de suivre, pendant dix mois, les effets de la coquille d'huître à la consultation gratuite de l'Antiquaille où sont présentés, chaque jeudi, un grand nombre de scrofuleux.

Dans les manifestations scrofuleuses les plus communes, inflammation et engorgement des glandes extérieures, abcès, ulcérations..., la coquille d'huître m'a paru agir aussi promptement et aussi favorablement que les agents antiscrofuleux usuellement employés.

En même temps que l'on administre la coquille d'huître, il faut, de toute nécessité, faire une bonne médecine des symptômes.

Voici ce qui m'a le mieux réussi : d'abord calmer un peu la toux au moyen de l'aconit (1 gramme d'alcoolature, le soir, pendant trois jours) ; si cela ne suffit pas, quelques préparations opiacées ; éviter autant que possible l'usage des antimoniaux, même du tartre stibié à dose réfractée ; sirop de quinquina le matin, pendant fort

longtemps; tisane de lichen ou de bourgeons de sapin; relever les fonctions de l'estomac avec le cachou (conserve de roses, 60 grammes; cachou, 4 grammes).

Presque toujours il est très-avantageux d'associer à la coquille d'huître l'usage de quelques pastilles soufrées, mais à petites doses : trois ou quatre par jour, avec de fréquentes interruptions, et leur suppression s'il survient de l'excitation ou de la diarrhée.

Après quelques mois de traitement, quand la toux est calmée, qu'il n'y a pas trace de fièvre, il est fort utile d'employer les ferrugineux.

On donne le fer le plus tôt possible, pendant et après l'usage de la coquille d'huître. On prévient ainsi la cachexie que j'ai signalée et l'on remédie à l'appauvrissement du sang, qui accompagne à peu près constamment la phthisie.

Lorsqu'on a cessé provisoirement ou définitivement la coquille d'huître, il est bon de soumettre quelque temps les malades à l'usage de l'huile de foie de morue.

Dans la carie scrofuleuse ayant pour siége le corps d'un os ou une articulation, la coquille d'huître a eu une action rapidement favorable. La suppuration a tari, les trajets fistuleux se sont cicatrisés. J'estime, dans ce cas particulier, la coquille d'huître, surtout associée au fer, plus active que l'huile de foie de morue et les préparations iodées.

Dans le traitement de certaines arthropathies scrofuleuses, coxalgie, tumeurs blanches récentes, la coquille d'huître doit être prise en très-sérieuse considération.

Pour mémoire, je dois mentionner qu'elle a paru sans effet dans le rachitisme.

DESPINEY, D. M.
à Lyon (Rhône).

---

**Premiers essais de l'instillation de l'éther dans les surdités liées à un état rhumatismal.**

Je m'empresse de répondre à votre appel, en vous adressant le résumé succinct de mes premières observations et expériences sur les effets de l'éther dans la surdité.

J'avais déjà eu occasion de remarquer que les troubles de l'ouïe, tintements, bourdonnements, douleurs otalgiques, avec surdité plus ou moins prononcée, se montraient assez souvent comme conséquences du rhumatisme. Or, précisément dans ce moment, j'ai sous la main trois personnes dont l'ouïe était dure, notablement obscurcie,

avec bourdonnements fréquents, à la suite d'une ou plusieurs atteintes de rhumatisme. Sur les trois, j'ai essayé l'éther. Pour l'une d'elles seulement, dont vous trouverez l'observation succincte plus loin, l'expérience est terminée et concluante.

1° Le premier sujet est une femme de soixante-dix ans environ, sourde (il s'agit dans les trois cas de surdité incomplète) depuis plusieurs années, et rapportant les premiers troubles de l'ouïe à la coïncidence d'un rhumatisme. Elle a, en outre, une otorrhée chronique, avec souffrances assez vives de temps en temps. Il y a quinze jours, elle m'a consulté au moment d'une de ses crises de douleur; après l'avoir calmée par des applications extérieures de belladone et des injections auriculaires narcotiques, après avoir combattu l'otorrhée par des injections tanniques, j'ai essayé l'éther dans les deux oreilles; il y a eu du mieux, l'ouïe s'est éclaircie; mais ce n'est pas une amélioration assez grande pour être comptée comme un succès; je poursuivrai, mais sans grand espoir, tant que durera l'otite chronique, dont j'aurai de la peine à triompher complétement.

2° Le second sujet est un ancien officier, de soixante-treize ans, d'une bonne constitution, qui depuis quatre ans et à la suite d'un rhumatisme articulaire a senti diminuer notablement ses perceptions auditives, avec bourdonnements fréquents; il n'y a pas d'otorrhée, mais les conduits auditifs sont remplis de cérumen très-difficile à extraire. Dès la première instillation d'éther, il y a eu un mieux subit qui a surpris le malade; une seconde instillation a produit le même effet; il entend mieux, mais il n'a pas encore recouvré l'intégrité de la sensation auditive; c'est une expérience à continuer, d'autant qu'il est sous le coup d'une recrudescence de son rhumatisme, qui ne l'a pas quitté depuis quatre ans : véritable diathèse que je soumets à un traitement suivi.

3° Le troisième cas est satisfaisant et complet. Le sieur Fual, second maître canonnier, âgé de cinquante et un ans, a été atteint de rhumatisme articulaire aigu il y a six mois; le rhumatisme a passé à l'état chronique, et s'est compliqué de surdité du côté gauche, avec affaiblissement de l'ouïe du côté droit. Des deux côtés, bourdonnements fréquents, pas d'otorrhée. Cette surdité (ce qui prouve bien sa nature rhumatismale) augmentait avec les douleurs articulaires et surtout avec celles de l'épaule gauche.

Entré à l'hôpital de la marine à Toulon le 23 avril, ce sous-officier est soumis, le 26, à l'instillation de l'éther dans les deux conduits auditifs. Il ressent aussitôt comme un mouvement d'expan-

sion dans l'intérieur de l'oreille, accompagné d'un peu de douleur; dès le premier instant, les sons arrivent moins confus.

Le lendemain, il affirme entendre de l'oreille droite aussi bien qu'avant d'être tombé malade. L'instillation est pratiquée seulement dans l'oreille gauche, et répétée pour la troisième fois le jour suivant. L'impression de l'éther est toujours chez ce sujet un peu douloureuse.

Le quatrième jour, Fual déclare être entièrement guéri, et entendre également des deux oreilles, aussi bien qu'avant l'invasion de son rhumatisme. La diathèse rhumatismale est combattue par le vin d'Andurran et les bains sulfureux; nous engageons le malade à continuer pendant un mois ce traitement, craignant que le retour du rhumatisme ne ramène la lésion de l'ouïe, si promptement vaincue par l'éther.

Voilà trois faits intéressants sous deux rapports : 1° en ce qu'ils mettent en relief les relations de la surdité avec le rhumatisme; 2° en ce qu'ils démontrent l'efficacité de l'éther contre la surdité nerveuse.

Les instillations de l'éther ne sont-elles appelées à réussir que là où la surdité dépendra d'une lésion d'innervation? Je le crains. Il n'en restera pas moins un champ assez large pour leur application.

D^r Delioux,
Professeur de clinique à l'École de médecine navale de Toulon.

## BIBLIOGRAPHIE.

*De l'asthme*, par J.-P. Théry, médecin de l'hospice de Langon, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le livre de M. le docteur Théry, disons-le tout de suite, établit positivement la réalité de l'asthme comme espèce distincte et parfaitement définie du cadre nosologique; mais cette notion ne se dégage que difficilement d'une œuvre un peu diffuse et péniblement élaborée. La raison principale de cette obscurité, nous l'avons recherchée et nous l'avons trouvée surtout dans cette conception erronée, qui conduit l'auteur à considérer la dyspnée symptomatique d'une foule de maladies comme identique au fond à l'asthme lui-même, à l'asthme proprement dit. Que la dyspnée des maladies organiques du cœur, des gros vaisseaux, que certaines maladies de la poitrine, etc., s'accompagnent, dans quelques cas, d'une dyspnée avec exacer-

bations très-irrégulièrement périodiques, cela se comprend à merveille : la variabilité dans l'intensité des phénomènes est un des traits les plus caractéristiques de la vie morbide ; mais de ce fait à l'identification de deux phénomènes, d'ailleurs essentiellement distincts dans les conditions de leur développement, il y a évidemment très-loin ; dans notre humble opinion, pour mettre en pleine lumière la vérité qu'il s'était proposé de démontrer, c'est à savoir la réalité de l'asthme comme névrose de l'appareil respiratoire, il aurait fallu que M. Théry, au lieu de se perdre dans l'effort d'une assimilation impossible, posât d'abord l'asthme nerveux dans toute la vérité de son originalité pathologique, puis, qu'il s'appliquât à montrer que ces dyspnées symptomatiques dont nous parlions tout à l'heure en sont essentiellement distinctes. Notre laborieux confrère n'a pas étudié simplement au point de vue spéculatif cette question : à le lire, on se convainc bien vite qu'on a affaire à un praticien instruit qui a lu, et bien lu, dans le livre de la nature : la conviction qu'il a de la réalité de l'asthme, comme espèce morbide distincte, passe dans l'esprit de ceux qui sauront le lire, parce qu'elle naît, on le sent, d'une observation sérieuse, attentive.

Nous disions, il n'y a qu'un instant, que ce qui, dans l'ouvrage de M. Théry, jette de la confusion sur la notion qu'il s'efforce de faire passer de son esprit dans celui de ses lecteurs, c'est qu'il voit l'asthme dans la dyspnée symptomatique se produisant sous une certaine forme, comme il le voit dans la névrose qui fait le sujet de son livre, quand elle est pure de toute complication. Dans sa pensée, ces lésions sont l'occasion de l'asthme, comme ailleurs il naît d'une simple impression sur l'innervation locale. Maintenant, quand est-ce que ces lésions, maladies du cœur, de la crosse de l'aorte, l'emphysème, les tubercules pulmonaires, etc., développent cette forme de dyspnée qui s'appelle l'asthme ? L'auteur ne le dit pas. Mais ce qu'il dit très-bien, c'est qu'en dehors de ces conditions ces lésions sont impuissantes à le développer. Écoutez plutôt, et ne croyez pas à une contradiction qui n'est qu'apparente : « Du reste, dit M. le docteur Théry, donnez à ces influences toute l'énergie possible, altérez à votre gré le parenchyme pulmonaire, dilatez les cavités du cœur, désorganisez les valvules, que le système nerveux reste calme, est-il possible de supposer la production de l'asthme ? Les faits sont là pour répondre tous les jours : non, mille fois non. Dans les cas où l'autopsie n'a rien découvert, dans les cas où les altérations des tissus ont été rencontrées seulement dans les nerfs, ne faut-il pas admettre que la surexcitation nerveuse a été la cause

première? » C'est précisément parce que nous pensons ainsi, c'est à savoir qu'il est une forme de dyspnée qui s'appelle asthme nerveux, qu'aucun traumatisme n'est apte à produire avec tous les traits de sa physionomie profondément originale ; c'est parce que nous pensons ainsi, répétons-nous, que la dyspnée symptomatique n'est l'asthme ni dans sa nature, ni dans sa forme. Nous savons bien qu'en pratique l'auteur ne confond pas des choses aussi disparates, mais nous aurions voulu qu'il ne les confondît pas dans la spéculation, dans la théorie : son livre y eût gagné en clarté comme en vérité, double profit pour le lecteur.

Ailleurs, et dans diverses parties de son cours, M. Théry précisant, ou au moins s'efforçant de préciser sa pensée sur la nature de l'asthme, en place le point de départ dans une portion, ou dans une affection indéterminée du système nerveux, et la convulsion en laquelle il consiste principalement n'est, à vrai dire, selon lui, qu'un effort conservateur de l'organisme contre la cause morbide qui le menace : il considère cette convulsion, les convulsions en général, comme une sorte d'hémorrhagie nerveuse utile à la solution du mal. Nous craignons qu'il n'y ait ici rien de plus qu'une métaphore, qui fait illusion à un esprit juste d'ailleurs; cela se rencontre quelquefois. Dans tous les cas, nous doutons fort que cette façon de considérer les choses obtienne l'assentiment des vrais praticiens qui d'instinct, et d'après les leçons univoques de l'expérience, voient là, au contraire, une perturbation au moins fonctionnelle qui n'est pas sans périls, et à laquelle ils s'efforcent d'opposer une médication plus ou moins efficace. Cette conduite d'ailleurs, ce n'est pas seulement le trouble instant qui la commande, mais bien encore, et surtout peut-être, les conséquences sur deux des principaux systèmes de l'organisme d'une si violente perturbation.

Au reste, ce n'est pas sans une sorte d'hésitation que le judicieux auteur aborde ces questions d'un ordre si élevé : il semble, à le lire attentivement, à le bien pénétrer dans sa pensée, que s'il ose risquer une hypothèse si peu vérifiable, dans l'état de la science, c'est moins parce qu'il se sent en possession de la vérité, que parce qu'il voudrait que sa monographie fût complète. L'intention est bonne, et montre bien l'amour qu'on a pour la science, mais tout ceci ne fait pas la science. M. Saint-Marc Girardin demandait un jour à un candidat quelle était la plus grande conquête de Louis XIV. M^lle de La Vallière, lui fut-il répondu. C'était se sauver de son ignorance avec esprit, mais ce n'était pas évidemment résoudre la question. La science a le droit d'être plus sévère qu'on ne l'est dans une simple

épreuve probatoire : et l'esprit, quand encore esprit il y a, ne saurait servir de passe-port à l'erreur.

Heureusement, M. Théry, quand il s'agit de tracer la prophylactique et le traitement de l'asthme, s'abstrait un peu de ses théories, et établit les règles qui doivent présider à l'une et à l'autre, comme un esprit libre et indépendant du joug de sa propre doctrine. Autant que nous en pouvons juger à une lecture rapide, l'auteur a mis sous les yeux du lecteur tout ce qui, à ce double titre, a été pensé, conclu, expérimenté dans l'art. Nous ne savons pas si ce luxe d'érudition est bien propre à guider les praticiens : ils trouveront là au moins de quoi varier leurs prescriptions dans une maladie trop souvent rebelle. Par un privilége assez singulier, qui du reste s'explique, l'asthme a été largement étudié par des médecins qui, pendant une partie plus ou moins longue de leur vie, ont été tourmentés par cette maladie. L'auteur, avec un tact qui révèle le praticien, a puisé largement à cette source spéciale d'enseignements pratiques. Pourtant, dans notre opinion, il n'en a pas tiré toutes les ressources qui y sont renfermées. Nous aurions voulu qu'après avoir, dans un ordre chronologique ou autre, passé en revue tous les enseignements sur la prophylaxie et la thérapeutique qui ressortent de cette partie de l'histoire de la science, il eût fait une étude plus attentive, plus profonde encore des enseignements originaux dont nous parlons en ce moment, et qu'il eût couronné son travail par les conclusions ainsi prises à ces sources vives. Floyer n'a pas le sens commun dans une foule d'explications qu'il donne des phénomènes de l'asthme, mais il en avait au moins le sentiment autoptique, si l'on veut bien nous permettre ce mot, et, quelque chères que lui fussent ses théories, celles-ci ne devaient pas tenir devant une expérience positive : c'est en effet ce qui eut lieu, et son livre, à bien le lire, conclut à une hygiène et à une thérapeutique fort simples, qu'il eût été utile de bien exposer. Il en est de même, et à bien plus forte raison, d'un auteur contemporain dont tout le monde apprécie et le caractère et la valeur, M. le docteur Lefebvre ; bien que M. Théry ait rendu justice, en maints endroits de son livre, à ce très-distingué confrère, il nous semble qu'en lui faisant de plus larges emprunts encore, il eût atteint plus sûrement le but qu'il se proposait.

En somme, il y a du bon dans ce livre : mais nous ne savons pas s'il avance beaucoup la question qu'on s'y est posée. L'auteur finit par cette sentence : *Multi transibunt et augebitur scientia ;* si, dans sa modestie, l'auteur se l'applique à lui-même, il nous siérait mal, dans cette circonstance, d'être plus royaliste que le roi.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Résultats des premières expériences de l'emploi des instillations d'éther dans la surdité nerveuse. — Rien ne prouve mieux combien nos efforts sont compris, que l'empressement avec lequel nos confrères répondent à l'appel que nous leur adressons à l'égard des nouveautés thérapeutiques. Dans l'espèce, il importait à tous d'être promptement renseignés sur la valeur réelle des instillations d'éther, car il y avait à craindre que le rapporteur de la commission, mû par un sentiment louable de charité, n'eût exagéré la portée du service rendu, afin d'appeler un plus grand intérêt sur l'infortune de la pauvre institutrice. Des renseignements divers nous le font craindre ; à ceux qui nous sont personnels, nous pouvons joindre plusieurs insuccès complétement laissés dans l'ombre, quoiqu'ils aient été constatés sur des élèves de l'un des membres de la commission. Malgré ces échecs, que nous signale M. Lafargue (de Saint-Emilion), notre sagace collaborateur s'est mis à l'œuvre et essaye le moyen sur trois jeunes sourds-muets, et doit nous faire part des résultats qu'il obtiendra.

La lettre de M. Delioux n'était pas destinée à être publiée, cependant les remarques judicieuses qu'elle renferme sur l'étiologie des bourdonnements nous ont engagé à la placer en entier sous les yeux de nos lecteurs, afin de leur rappeler de combattre par l'emploi de moyens généraux la diathèse rhumatismale, tout en attaquant la lésion locale par l'éther.

A l'appui de l'opinion émise par ce savant confrère, nous rapporterons le fait suivant, qui nous est communiqué par le président de la commission instituée pour juger la valeur du moyen de M[lle] Cléret. « En 1854, dans l'épidémie de choléra de Gy (Haute-Saône), un de mes parents, m'écrit M. Lélut, éprouvait dans un des côtés du cou de vives douleurs, des crampes. Je lui fis faire sur la région dolente des frictions avec le chloroforme. L'ouïe de ce côté, qui était obtuse et sourde, s'éclaircit presque subitement et d'une façon extraordinaire ; cet éclaircissement a persisté très-longtemps. J'ignore s'il dure encore. » — Les douleurs que provoque quelquefois l'instillation de l'éther et surtout celle du chloroforme nous ont fait commencer des essais avec les vapeurs de ces substances : rien n'est plus facile avec l'instrument de M. Hardy. M. J. Charrière nous a disposé un embout destiné à obturer l'entrée du conduit auditif et à permettre d'y faire passer un courant incessant de vapeurs anesthésiques.

L'emploi des instillations ne serait pas efficace seulement dans les surdités essentiellement nerveuses, mais il le serait encore dans les surdités rhumatismales. Parmi les nouveaux exemples que M. Berlemont (de Joncourt) nous fournit, nous choisissons le suivant :

« Brunel, manouvrier, âgé de soixante ans, est sujet à des douleurs rhumatismales sans siége bien fixe, mais affectant les membres principalement. Depuis un an ses douleurs se sont localisées dans la tête et il est devenu sourd au point de ne pouvoir suivre une conversation. Ses oreilles bourdonnent, dit-il, comme le ferait un essaim d'abeilles. Il n'y a nulle trace d'écoulement. J'ai essayé contre cet état diverses médications, entre autres la révulsion cutanée, à l'aide de l'huile de croton pure, des vésicatoires, en même temps que l'emploi des purgatifs, sans provoquer aucune amélioration.

« Le jour de la première séance, il entendait à peine le bruit de son horloge (je n'avais pas ma montre et j'ai été obligé de me guider sur ce bruit) ; après deux instillations de dix gouttes, répétées à un quart d'heure d'intervalle, il entendait très-distinctement. Je lui ai fait descendre les marches de sa cave une à une ; arrivé au fond, il a encore perçu le bruit. Depuis, il a continué l'instillation de ces dix gouttes qu'on répète à un quart d'heure d'intervalle. Il entend aussi distinctement qu'autrefois et n'a plus de bourdonnement.

« Sans votre provocation, Brunel fût resté sourd, car l'inanité des nombreux essais que j'avais tentés faisait que ni lui ni moi n'étions disposés à les renouveler. »

M. Berlemont nous cite un second fait, celui d'une jeune fille d'environ quinze ans, devenue sourde à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu survenue à l'âge de cinq ans. L'apparition des règles avait amené une amélioration notable, mais l'ouïe était encore bien obtuse lorsqu'il a essayé chez elle l'emploi des instillations d'éther. Sous l'influence de doses très-élevées (20 gouttes), il a obtenu une amélioration très-sensible. Par opposition à ces cas, notre confrère ajoute d'autres observations d'individus affectés de surdité suite d'otorrhée et chez lesquels le moyen a complétement échoué.

M. Coursier (de Honnecourt) nous adresse une série de faits semblables ; les plus précieux sont ceux observés chez les enfants. « J'ai six sujets de cinq à quinze ans soumis à la médication, car tous ont des bourdonnements. Ceux-là vont mieux, c'est incontestable.— Une de mes petites malades, âgée de sept ans, était tellement

sensible à l'action de la substance, que j'ai cru devoir l'affaiblir en la mélangeant avec partie égale de glycérine. Elle va bien et même entend à voix très-basse. »

Dans des cas d'impressionnabilité aussi grande, nous préférons recourir aux injections de vapeurs anésthésiques. Nous avons vu des embrocations de glycérine et surtout des injections d'eau de savon tiède détruire des améliorations sensibles de l'ouïe qui ne se sont plus reproduites.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Angine tonsillaire aiguë ;** *excision des amygdales.* L'angine tonsillaire acquiert chez certains sujets une telle gravité, et par sa fréquente répétition et par son intensité, qui va parfois jusqu'à rendre la suffocation imminente, qu'on ne peut s'étonner de voir proposer pour y remédier l'excision des amygdales. Outre que cette opération est rarement dangereuse, qu'elle est d'une exécution simple et facile et que ses suites n'offrent jamais rien de sérieux, elle a cet incontestable avantage de mettre à jamais les malades à l'abri du retour d'une affection qui fait souvent leur tourment. Voici quelques faits dans lesquels on trouvera la parfaite justification de cette conduite.

Le premier est dû à M. le docteur Simyan (de Cluny).— Un jeune homme de vingt-deux ans, d'une assez forte constitution, d'un tempérament sanguin, ne portant aucun des attributs de la diathèse scrofuleuse, et sujet depuis quelques années à des esquinancies qui revenaient trois ou quatre fois au moins dans l'année, se présenta à la consultation de l'hôpital de Cluny, atteint d'une de ces angines dont le retour si fréquent avait fini par développer une hypertrophie considérable des amygdales. Il avait la respiration haletante; les mouvements de déglutition étaient si douloureux, l'expression du faciès si anxieuse, que M. Simyan n'hésita pas à proposer l'excision des amygdales, ce qui fut accepté et fait aussitôt. Le surlendemain ce jeune homme revint à la consultation complétement guéri. La durée ordinaire de ses angines précédentes était de 10 à 12 jours environ.

Cette pratique, d'ailleurs, M. Simyan l'a adoptée depuis longtemps et généralisée chez les enfants scrofuleux, si sujets aux angines. « L'amputation des amygdales, dit-il, chez les enfants scrofuleux, malingres, chétifs, à chairs molles et blafardes, produit des effets merveilleux ; elle déblaye le pharynx, permet une entrée plus facile de l'air dans les voies respiratoires ; l'expansion pulmonaire se fait plus largement et par suite il y a une hématose plus complète avec ses conséquences physiologiques. » M. Simyan dit avoir pratiqué l'ablation ou la résection des amygdales sur près de quatre-vingts enfants ou jeunes gens des deux sexes ; il a toujours obtenu une modification remarquable de leur constitution ; quinze jours après les enfants étaient méconnaissables, tant était grande l'amélioration de leur état général.

Tout récemment, à l'exemple de M. Simyan, M. le docteur Alf. Liégard (de Caen) a pratiqué l'excision des amygdales pour une angine tonsillaire aiguë, avec les mêmes avantages.

Notre confrère de Caen rapporte qu'il fut appelé auprès d'une femme de vingt-six ans, d'une forte constitution, mais sujette depuis quatre ou cinq ans au retour d'angines tonsillaires dont la fréquence avait augmenté depuis quinze mois, de telle sorte qu'elle en était prise régulièrement tous les deux ou trois mois. La dernière, qui avait eu lieu à la fin de décembre dernier, s'était terminée, après d'excessives souffrances, au dixième jour, par une expuition abondante de pus et de sang. Les amygdales avaient acquis un volume considérable, ce qui lui causait une gêne continuelle. Elle était en proie, au moment où elle fit appeler M. Liégard, à une angine de même nature accompagnée d'une fièvre intense et d'une tuméfaction telle des amygdales que la déglutition était impossible et la respiration elle-même

très-embarrassée. Trois heures après, M. Liégard pratiqua l'ablation des amygdales. L'opérée put immédiatement avaler quelques cuillerées d'eau sucrée. Le lendemain, la fièvre avait diminué, la respiration et la déglutition étaient libres. Bref, au bout de trois ou quatre jours, elle était complétement guérie. Aussi cette esquinancie, qui débutait avec une extrême violence et qui se serait prolongée certainement neuf ou dix jours avec des symptômes effrayants d'oppression, était terminée en quatre jours. (*Gazette des Hôpit.*, avril 1860.)

**Atropine** (*Nouveau cas d'empoisonnement par l'*), *traité avec succès par la potion iodée iodurée*. Lorsqu'une substance médicamenteuse devient l'objet d'une large expérimentation, elle peut par cela seul donner lieu à des accidents fréquents. Le fait suivant en est un exemple, et si nous en publions une analyse, c'est qu'il est en même temps un témoignage des bons effets de la médication iodée iodurée formulée par M. Bouchardat.

*Obs.* Une dame d'environ trente années, dans un moment de désespoir causé par des chagrins domestiques, avale une solution contenant 9 centigrammes d'atropine. Tous les accidents toxiques ne tardent pas à se manifester, et sont combattus d'abord par les vomitifs, puis par l'emploi du café. Cette infusion, étant rejetée par l'estomac, est donnée en lavement. L'intensité du délire et des phénomènes nerveux prouvant que la plus grande partie du poison a été absorbée, M. Roux pense devoir recourir à la potion iodée iodurée, et l'alterner avec l'usage du café. Voici cette formule :

| | |
|---|---|
| Iode.................. | 10 centigr. |
| Iodure de potassium.. | 1 gramme. |
| Eau distillée.......... | 400 grammes. |

Notre confrère hésita un instant à administrer cette solution, la malade étant au cinquième mois d'une quatrième grossesse. Cependant, devant un danger de mort, il passa outre. Peu à peu les symptômes s'amendèrent et six heures après, quoique les idées fussent encore incohérentes, comme la malade était calme, on fit cesser l'administration de la potion; celle ci était à moitié consommée. Le café fut continué toute la nuit. Le lendemain matin, lorsque M. Roux vit la malade, elle était levée : visage pâle et abattu ; elle est en proie à une grande fatigue.

L'on sait que M. Bouchardat a démontré depuis longtemps qu'à l'aide d'une solution iodée iodurée on parvenait à déceler la présence des alcaloïdes dans les urines. M. Roux a voulu vérifier le fait et a constaté l'existence de l'atropine dans les urines de sa malade. Quant à la prétention qu'il a de doser la quantité d'alcaloïdes, nous la repoussons. Le point le plus important dans l'espèce est la constatation de la nature de la substance, puisque de sa nature découlent toutes les indications thérapeutiques. (*Compte rendu de la Société de méd. de Marseille*, avril 1860.)

**Erysipèle** *des membres ; son traitement par l'élévation de la partie affectée*. Ce mode de traitement a été employé avec succès par M. Mitchell. Il consiste à élever la jambe ou le bras malade dans une direction verticale au-dessus du plan horizontal du tronc. Cette position dissipe la tuméfaction qui accompagne l'érysipèle, et calme complétement la douleur. La circulation veineuse est accélérée ; la peau pâlit, et l'inflammation diminue. Nous avons vu dernièrement la douleur et le gonflement disparaître entièrement en douze heures, sous l'influence de ce traitement si simple, chez un homme déjà âgé qui portait à la jambe gauche un érysipèle très-intense qui lui occasionnait de vives souffrances. Le même moyen a parfaitement réussi dans un cas d'érysipèle du coude chez un petit garçon. On peut élever les membres au moyen d'oreillers, surtout s'il s'agit des extrémités inférieures ; mais il vaut encore mieux se servir d'une corde dont un bout est fixé au plafond, et dont l'autre est attaché à l'extrémité du membre que l'on veut maintenir dans une direction verticale. (*Braithw.* et *Ann. de la littérat. étrangère*, 1860.)

**Paralysie diphthéritique** *guérie par la strychnine.* Guidé par cette idée que la paralysie diphthéritique est d'une nature spéciale, et qu'en raison de sa nature et de son origine septique elle réclame un traitement particulier, on a cherché surtout les éléments de la médication dans les toniques et les reconstituants, le quinquina, les ferrugineux, l'alimentation réparatrice, les bains sulfureux, etc. Tous ces moyens sont parfaitement indiqués sans doute; mais il en est un autre que l'on paraît un peu trop généralement oublier, c'est la strychnine, qui donne en général de si bons résultats dans les paralysies confir-

mées, alors que la cause première qui les a déterminées n'existe plus ou qu'elle n'est point directement attaquable. Elle a, il est vrai, été préconisée dans ce cas par M. le professeur Trousseau qui a adopté pour le traitement de ces paralysies la formule et le mode d'administration du sirop de sulfate de strychnine qu'il met en usage dans le traitement de la chorée. Quoiqu'il en soit, c'est le raisonnement qu'a fait M. le docteur Tillier, de Sainte-Hermine (Vendée); aussi a-t-il saisi la première occasion favorable qui s'est offerte pour administrer la strychnine dans ce cas, concurremment avec les ferrugineux. Le succès a couronné sa tentative. En voici les témoignages :

*Obs. I.* Une jeune fille de dix-huit ans est prise d'angine couenneuse grave. Après l'administration d'un vomitif au début, elle est cautérisée une fois par jour avec une solution de nitrate d'argent. Elle était guérie depuis quelque temps déjà lorsque M. Tillier est appelé de nouveau par la malade, qui se plaint de ne pouvoir avaler qu'avec la plus grande difficulté, et d'être paralysée des membres supérieurs et inférieurs. Il prescrit : sous-carbonate de fer, 1 gramme par jour; strychnine, 5 milligrammes; la dose est progressivement augmentée. Au bout de quinze jours, amélioration marquée; guérison radicale après trois semaines de traitement.

*Obs. II.* Un garçon de huit à neuf ans est pris d'angine couenneuse le 16 avril. Il est cautérisé chaque jour jusqu'au 22, époque où il guérit. A quelque temps de là il s'aperçoit d'une faiblesse dans le bras droit, qui l'empêche de s'en servir; puis les jambes à leur tour s'affaiblissent au point qu'il ne peut plus marcher sans faire des chutes à chaque instant. Le fer et la noix vomique le guérissent radicalement en trois semaines.

*Obs. III.* On amène à M. Tillier un jeune homme de vingt-deux ans, traité d'une angine couenneuse environ deux mois avant, à Paris. Depuis sa guérison, ce jeune homme a pris des bains de mer, des douches, et a suivi un bon régime. Malgré ces soins, il s'aperçoit d'une diminution de la sensibilité aux pieds et aux mains; de plus, depuis quelques jours, ses jambes sont affaiblies, il se lasse promptement et fait plusieurs chutes. M. Tillier prescrit la strychnine avec le fer. Pendant quinze jours, il prend le fer seulement, sans amélioration. On parvient à le faire triompher alors de sa répugnance pour la strychnine, et, quinze jours plus tard, il fait savoir que sa guérison est à peu près complète. Elle était complète huit jours après.

Ce dernier fait montre bien l'utilité de l'intervention de la strychnine dans le traitement de la paralysie diphthéritique. La paralysie, en effet, après avoir résisté au meilleur régime hygiénique et à l'action des bains de mer, des douches, du fer, etc., n'a cédé qu'à l'usage de cet alcaloïde. Dans trois autres observations, en tout six, que rapporte M. Tillier, on voit aussi l'influence évidente de la strychine ou de la noix vomique sur la guérison de cet accident Ces six observations ont d'autant plus de valeur qu'elles appartiennent à des épidémies différentes, et qu'elles ont été recueillies à des époques assez éloignées les unes des autres. (*Union médicale*, avril 1860.)

---

**Prolapsus complet de l'utérus** *avec allongement hypertrophique du col; réduction et contention à l'aide d'un appareil spécial.* La loi énoncée par M. Huguier, relativement aux allongements hypertrophiques du col de l'utérus, a reçu une nouvelle confirmation par un fait observé dans le service de M. Demarquay à la maison de santé; fait qui présente, en outre, cette particularité remarquable d'un véritable prolapsus utérin, qui semblait au premier abord infirmer la loi, tandis qu'au contraire elle n'en est que plus confirmée, comme on va le voir.

Mme L***, âgée de quarante-cinq ans, entre le 19 mars à la maison de santé, se plaignant de douleurs abdominales, sans rien accuser du côté des organes génitaux. Mais en l'examinant on s'aperçoit que l'utérus fait saillie à l'extérieur. On apprend alors, en questionnant la malade, qu'il y a deux ans et demi elle s'est aperçue que sa matrice s'abaissait notablement et se présentait quelquefois à l'orifice de la vulve, subissant des alternatives d'abaissement et d'ascension, suivant qu'elle se trouvait pendant la période menstruelle ou qu'elle s'en éloignait. Voici dans quel état elle était : entre les cuisses pend une tumeur pyriforme qui semble implantée à l'orifice vulvaire, et qui a la coloration rosée des muqueuses; à la partie inférieure existe une ouverture circonscrite par deux bourrelets muqueux dans lesquels on reconnaît les lèvres du col utérin. Les culs-de-sac antérieur et postérieur du

vagin ont complètement disparu, et les doigts portés vers l'orifice vulvaire sont immédiatement arrêtés à droite et à gauche, le vagin étant retourné tout entier comme un doigt de gant. L'index, introduit dans le rectum pendant que l'on déprime la portion pubienne de la paroi abdominale avec les doigts de la main gauche, permet de constater qu'aucun organe n'est interposé. Une sonde de femme introduite dans le méat urinaire, au lieu de se diriger d'avant en arrière dans la cavité pelvienne, s'enfonce perpendiculairement de haut en bas dans la tumeur herniée où il est facile d'en constater la présence à travers les parois vaginales. Enfin, en injectant dans la vessie une quantité d'eau assez considérable, non-seulement la tumeur extérieure n'augmente pas de volume, mais on la voit, au contraire, se déprimer sensiblement, à tel point qu'il semble que si la malade pouvait tolérer une injection suffisante, la vessie, retenue ou plutôt sollicitée par ses attaches, finirait par rentrer tout entière dans l'enceinte pelvienne, entraînant à son tour avec elle la cavité même de l'utérus.

Mesurée avec l'hystéromètre, la cavité utérine donne 12 centimètres de profondeur (or, elle n'en donne que 7 à 8 dans l'état normal). En résumé, il y a donc ici tout à la fois allongement du col et précipitation complète de l'utérus, ce qu'il importait d'établir.

Le 1er avril, les règles ayant cessé, et l'utérus étant beaucoup plus facilement réductible, on le réduit et on le maintient en place avec l'appareil suivant :

Une large ceinture de cuir, placée au-dessous des hanches, donne insertion postérieurement à des courroies élastiques, lesquelles, passant sous le périnée, présentent à l'orifice vulvaire une pelote de caoutchouc remplie d'air, qu'elles supportent. Ces mêmes courroies se prolongent ensuite pour venir se fixer en avant à des boutons qui leur sont destinés. Des bretelles, passant à droite et à gauche sur les épaules de la malade et s'insérant inférieurement à la ceinture, achèvent de donner à l'appareil la plus parfaite solidité. La légèreté et l'élasticité de cette pelote la rendent facilement supportable à la malade, outre qu'elle suffit à la contention de l'utérus dans les cas ordinaires. Il y a lieu d'espérer, d'après des résultats déjà obtenus dans des circonstances semblables, qu'à la faveur de cette réduction continue, l'utérus pourra reprendre sa vie physiologique, que les congestions cesseront sous l'influence d'une circulation devenue plus facile, que les ligaments reprendront leur tonicité, l'orifice vulvaire sa contractilité, qu'en un mot, cette femme pourra arriver ainsi, sinon à une guérison complète, du moins à une très-notable amélioration. (*Gaz. méd. de Paris*, avril 1860.)

---

**Rage** (*La cautérisation au moyen du fer rouge est le seul traitement préventif de la*). La question de traitement préventif est, sans contredit, celle qui offre l'intérêt pratique le plus considérable et sur laquelle il serait le plus utile que l'opinion, non-seulement des médecins, mais encore du public tout entier, fût éclairée et définitivement fixée : nous voulons parler de l'inutilité absolue et de l'efficacité relative des moyens destinés à empêcher le développement de la maladie chez les personnes mordues par les animaux enragés, notamment de la cautérisation à l'aide des divers caustiques.

Après avoir donné un tableau des individus morts de la rage qui n'ont pas été soumis à la cautérisation, ou qui l'ont été à une cautérisation insuffisante ou à une cautérisation tardive, M. Tardieu ajoute : « Dans tous ces cas on voit manifestement les funestes conséquences de la non-cautérisation des morsures faites par des animaux enragés et de la cautérisation tardive, c'est-à-dire de celle qui n'est opérée que plusieurs heures après l'inoculation, alors même qu'elle serait faite avec le fer rouge ou avec les plus puissants caustiques, tels que le beurre d'antimoine ; mais il faut remarquer, en outre, que certains caustiques, employés même immédiatement après la morsure, n'ont eu aucune efficacité préservatrice, et que, dans un certain nombre de cas, le nitrate d'argent, l'alcool, l'ammoniaque, appliqués sur les plaies d'inoculation très-peu d'instants après qu'elles avaient été faites, sont restés complétement impuissants à prévenir le développement de la rage. On ne saurait donc répéter avec trop d'instance que le seul refuge contre ce mal redoutable est la cautérisation immédiate avec le fer rouge, et que tout autre moyen compromet l'avenir par la perte irréparable des moments où le traitement préventif est applicable. Aussi doit-on poursuivre sans relâche ces préjugés déplorables, ces promesses menteuses, qui attribuent à de prétendus spécifiques la vertu de prévenir et de com-

battre la rage. L'administration sanitaire l'a bien compris, et le comité ne craindra pas de la soutenir hautement dans la voie où elle s'est engagée dans ces derniers temps, en livrant à la justice les charlatans de toute sorte qui affichent la prétention de prévenir ou de guérir la rage, et en provoquant contre eux une juste application de la loi. » (*Répert. de pharmacie*, avril 1860.)

---

**Saignée** (*Accidents névralgiques et paralytiques complexes survenus à la suite d'une*) ; *indications thérapeutiques*. La Société de chirurgie a reçu d'un praticien de la province, le docteur Vinatier, une observation très-intéressante; il s'agit des accidents singuliers qui peuvent succéder à l'opération de la saignée, accidents qu'on ne peut rapporter qu'à la lésion d'un rameau nerveux intéressé par la lancette en même temps que la veine.

*Obs.* Une religieuse de trente-huit ans contracta, à l'âge de vingt-quatre ans, une fièvre typhoïde dont les suites, jointes à une vie très-austère, l'ont jetée dans la chloro-anémie avec amaigrissement assez prononcé. En mars 1858, elle fut saignée à la médiane céphalique gauche; l'opération, peu méthodique, fut accompagnée d'une douleur très-vive au point piqué. Depuis ce jour, les souffrances n'ont plus cessé, très-vives, lancinantes, avec exacerbation, laissant à peine du repos; mouvements de l'avant-bras très-pénibles en général, celui de pronation impossible pendant un mois. Légère diminution des douleurs en juillet 1859, mais lourdeur et gêne des mouvements dans l'avant-bras; fourmillements continus dans le pouce et le médius, douleurs très-vives dans les trois premiers doigts et l'éminence hypothénar ; la préhension des objets est impossible. Aucun traitement. En février 1860, l'avant-bras et la main paraissent si lourds, que la malade les soutient avec la main droite; paralysie de la main et des doigts, sauf l'annulaire et l'auriculaire; flexion de l'avant-bras, lente, pénible, fort incomplète; le bras devient pesant. Douleur toujours très-vive, suivant le trajet d'une ligne brisée qui, partant de la cicatrice, descend le long du grand supinateur, puis devient externe vers le milieu de l'avant-bras, et suit le bord externe du radius jusqu'à l'articulation du poignet. La douleur s'irradie de là aux trois premiers doigts et à la portion correspondante de la main; elle est intolérable au niveau de la cicatrice de la saignée; la pression sur un point quelconque du trajet la réveille sur-le-champ. Aucune tumeur ne put être découverte.

*Traitement.* — Injections sous-cutanées de sulfate d'atropine qui amènent des phénomènes très-marqués d'intoxication, mais un très-grand soulagement; applications de l'électricité pour remédier à la paralysie. La douleur reparaît en certains points, en d'autres on constate de l'anesthésie cutanée partielle; partout ailleurs la sensibilité du membre est normale. Tous les muscles se contractent sous l'influence de l'électricité; mais ceux de la région externe de l'avant-bras, tout en obéissant à l'excitation, ont perdu la *sensation d'activité musculaire ;* refroidissement fréquent du bras, qu'on a peine à réchauffer. A la fin de février, la douleur, qui n'avait jamais dépassé le pli du coude, paraît remonter le long du nerf radial. M. Vinatier a écrit alors à la Société de chirurgie pour savoir s'il devait faire une opération chirurgicale, section, excision ou cautérisation du nerf. En attendant la réponse, douze nouvelles injections sous-cutanées, pommade à la strychnine, électrisation tous les jours. Ces moyens, les injections d'atropine surtout, ont amené un grand soulagement et l'on a engagé ce médecin à continuer.

---

**Tétanos** *traumatique, arrivé à sa période d'état, traité avec succès par les injections de sulfate d'atropine.* En rendant compte des premiers essais des injections sous-cutanées, nous signalions les services que cette méthode devait rendre dans le traitement du tétanos. Les faits viennent rapidement justifier nos prévisions. Voici une nouvelle cure, communiquée à la Société de médecine de Lyon par M. le docteur Dupuy (d'Oullins). — Un maître maçon, âgé de vingt-six ans, à la suite d'une fracture comminutive de l'index, voit le tétanos se déclarer. Le septième jour le malade prend 50 centigrammes d'extrait de belladone sans éprouver aucun effet appréciable. On prescrit 1 gramme d'extrait et 5 grammes de teinture de belladone dans une potion. Le lendemain une aggravation de tous les symptômes a lieu, et la plaie du doigt étant le siége d'élancements douloureux, MM. Munaret et Dupuy pensent devoir enlever les esquilles et régulariser la plaie. L'acte

chirurgical a lieu sous l'influence des inhalations anesthésiques. A son réveil le malade est plus agité qu'auparavant; les mâchoires peuvent à peine s'entr'ouvrir, le tronc ne repose que sur l'occiput et le bassin. On double la dose d'extrait de belladone. Le médicament ne produit aucun effet apparent; en revanche l'appareil symptomatique est complet.

En présence de l'insuccès de la médication employée et de la marche envahissante du mal, les médecins se décidèrent à pratiquer, séance tenante, une injection de sulfate d'atropine; 25 gouttes d'une solution au centième sont injectées au moyen de la seringue Pravaz dans le tissu sous-cutané de la région lombaire. Au bout d'un quart d'heure, sécheresse de la gorge, hallucination, mydriase, délire. Deux personnes suffisent à peine pour contenir le malade dont l'agitation va croissant, accompagnée de tremblements musculaires et de soubresauts des tendons. Cet état reste stationnaire jusqu'à onze heures du soir; à ce moment le malade s'endort pendant trois heures. Le onzième jour, la roideur des membres inférieurs a diminué, le malade peut fléchir les genoux, l'opisthotonos et le trismus persistent; pouls à 100. Nouvelle injection de 15 gouttes de la même solution à la région lombaire de l'autre côté. Comme la veille, les phénomènes d'intoxication se montrent au bout d'un quart d'heure, mais moins violents; le délire est plus tranquille, les hallucinations moins effrayantes. La nuit, le malade dort cinq heures. A dater de ce moment les symptômes diminuent graduellement, la plaie est pansée avec une pommade belladonée et le malade ne tarde pas à entrer en convalescence.

Ce qui caractérise particulièrement cette observation, c'est la nullité d'action, même physiologique, d'un médicament aussi actif que la belladone administrée à haute dose par la voie stomacale, opposée à la rapidité d'action physiologique et curative du même médicament introduit dans l'économie par la méthode sous-cutanée. Ce fait viendrait donc à l'appui de l'opinion des auteurs qui prétendent que, dans certaines maladies arrivées à leur apogée (tétanos, rage, choléra), les médicaments ne sont plus absorbés par les voies digestives. A ce propos M. Dupuy rappelle cette autopsie d'un tétanique dans l'estomac duquel Abernethy retrouva 120 grammes d'opium sans que le malade eût présenté aucun des effets physiologiques de cette substance. Quoi qu'il en soit de cet état réfractaire de l'estomac, le tissu cellulaire nous offre une voie d'absorption bien plus certaine. Nouvelle preuve que le progrès en thérapeutique consiste souvent moins à chercher de nouveaux remèdes qu'à trouver un meilleur mode d'administration de ceux connus. Une dernière remarque à cet égard : nous préférerions voir fractionner les doses d'atropine, ainsi ne jamais dépasser 15 gouttes, afin d'obtenir les effets curatifs sans provoquer ces accidents d'hallucinations et de délire qui effrayent beaucoup les familles et leur feraient croire, en cas d'insuccès, que la mort est le résultat du traitement suivi; d'autant que rien n'est plus facile que de répéter ces injections. (*Gazette méd. de Lyon*, mai.)

---

**Ulcère** *simple de l'estomac; son traitement spécialement par l'emploi du lait.* M. Wade, professeur de clinique au collége de la Reine à Birmingham, est un ardent fauteur de l'emploi du lait comme traitement de cette forme d'ulcère que l'on confond trop souvent avec le cancer de l'estomac. Ce médecin commence par mettre ses malades à une diète lactée exclusive. La quantité de lait qui doit être donnée à chaque repas est tout individuelle; la seule règle invariable et absolue est de ne pas dépasser les doses qui sont digérées sans provoquer aucune douleur. Ainsi dans certains cas quelques cuillerées devront suffire dans les premiers temps et même plusieurs jours de suite. Les malades s'écrieront qu'ils se meurent de faim, mais ils ne tarderont pas à être dédommagés par un soulagement remarquable. Ce soulagement est si frappant que, pour en avoir le bénéfice, la plupart des malades se soumettent sans peine à toutes les privations qu'on leur impose. La tolérance à des quantités progressivement croissantes de lait s'établit d'ailleurs assez vite, si le malade a assez de persévérance pour ne jamais s'écarter de la règle énoncée plus haut.

Ce régime suffirait à lui seul, suivant M. Wade, pour obtenir une guérison complète dans un certain nombre de cas; le plus souvent, cependant, il donne en outre, trois fois par jour, des pilules contenant 1/3 de grain de nitrate d'argent et d'opium et 1/8 de grain d'extrait de belladone. Il y

joint quelquefois, lorsque l'état de l'intestin l'exige, de petites doses d'huile de ricin ou de coloquinte et de jusquiame. Nous donnons la préférence aux lavements.

Lorsque tous les symptômes de l'ulcère stomacal ont disparu, M. Wade fait revenir ses malades au régime ordinaire, mais lentement et par degrés. Pendant la convalescence, il leur fait prendre souvent du citrate de fer à faible dose. Ce traitement lui a donné un grand nombre de succès ; le mémoire que nous analysons en contient six cas. (*British med. Journ.* et *Gaz. hebdom.*, mars 1860.)

# VARIÉTÉS.

## OPIUM INDIGÈNE, SON EXTRACTION DU PAVOT-ŒILLETTE.

Par J.-P. BÉNARD, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, et C. COLLAS, pharmacien à Paris [1].

Depuis que nous nous sommes occupés de l'extraction de l'opium indigène, des lettres nous ont été adressées soit par des cultivateurs, soit par des pharmaciens, nous demandant des renseignements tantôt sur la culture de la plante oléagineuse qui fournit l'opium, tantôt sur l'extraction de ce dernier produit, etc.

A l'approche de la semaille des pavots et pour répondre autant que possible aux demandes qui pourraient nous être adressées, nous croyons utile de faire connaître comment on cultive le pavot-œillette dans le département de la Somme, le nombre d'hectares de terre destinés annuellement à la culture de cette plante, la quantité de graine récoltée, ainsi que le moyen simple d'extraire le suc opiacé, de le dessécher et d'en opérer le placement avec profit.

Ces indications pourront servir (sauf quelques changements résultant de la différence du climat) pour les autres points de la France où l'on voudrait introduire la culture de l'œillette, dans le double but d'exploiter la plante pour l'huile et pour l'opium.

*Culture du pavot-œillette.* — La culture du pavot-œillette (à fleurs blanches et lilas) peut se faire dans les terres de médiocre qualité : les plus légères conviennent le mieux, pourvu qu'elles soient profondes ; les sols résistants peuvent être employés, mais alors la graine souffre, comme cela arrive dans les terrains trop humides, trop argileux.

Avant d'ensemencer le champ d'œillette, dans le courant d'automne, on doit donner à la terre une fumure d'environ 25,000 kilogrammes de fumier de ferme par hectare, suivie d'un labour assez profond. Vers le mois de mars on herse deux ou trois fois et l'on passe enfin au rouleau. On sème par un temps sec environ cinq litres de graine par hectare. Lorsque la graine est levée, on pratique un premier sarclage, pour éclaircir la plante et nettoyer la terre sans trop la remuer. Un second binage se fait dix ou quinze jours après le premier. Dans cette

---

[1] Aujourd'hui qu'il est établi que l'*opium indigène* ne le cède en rien à l'opium exotique, qu'au contraire il peut être livré à la pharmacie plus sûrement avec garantie de titre que ce dernier, on lira avec intérêt le travail de MM. Bénard et Collas. La voie que ces honorés pharmaciens poursuivent est celle si heureusement ouverte par M. Aubergier, et les conclusions pratiques qu'ils tirent de leurs recherches, bien que faites sur une autre sorte de pavot, sont assez analogues à celles du professeur de Clermont-Ferrand, pour qu'on soit tenté de penser que l'industrie de l'opium est bien près d'être établie régulièrement en France. C'est pour y contribuer autant qu'il est en notre pouvoir, que nous reproduisons cet article.

opération, qui est très-importante, on enlève les plantes surabondantes, et on espace celles qui restent, de manière à laisser entre elles un intervalle de 25 à 30 centimètres; il faut avoir soin de ne pas toucher aux racines de l'œillette, car le moindre choc de l'outil contre ces organes délicats fait mourir la plante. On pratique un troisième binage douze jours environ après le second, principalement pour ameublir le sol.

Vers la fin de juillet, au moment où les capsules ou pots d'œillettes commencent à s'ouvrir, on arrache les tiges, en les tenant toujours droites; on en forme des bottes, dont une centaine liées ensemble constituent ce qu'on appelle un *calot*.

Dix ou quinze jours après l'arrachage, lorsque toutes les capsules sont ouvertes et bien desséchées, lorsque les graines résonnent dans les têtes qu'on agite, on les secoue sur une grande toile, en les frappant avec un petit bâton, ou les ouvriers prennent chacun une botte d'œillette sous chaque aisselle, en frappant les têtes l'une contre l'autre, et font ainsi tomber la graine sur la bâche. Ces bottes sont ensuite remises sur pied et en ligne pour subir un second battage une huitaine de jours après le premier, lorsqu'on s'est aperçu qu'un bon nombre de capsules contiennent encore de la graine.

La graine passée au crible et bien nettoyée est prête à être portée sur les marchés, où elle est vendue à des prix variant de 28 à 35 francs l'hectolitre; en moyenne, 31 fr. 50 c. pour Amiens.

Un hectare de terre semé d'œillettes donnant environ 11 hectolitres de graine qui valent par conséquent 346 fr. 50 en moyenne, le bénéfice relatif à la graine est d'environ 68 francs par hectare, car le prix de revient est [1] :

| | | |
|---|---|---|
| Pour fumier de ferme.......... | 150 fr. | » |
| — labour et préparation du sol.. | 25 | » |
| — semence.................... | 1 | 50 |
| — binage..................... | 65 | » |
| — récolte [2]................ | 37 | » |
| Total........ | 278 | 50 |

A cette somme il faut ajouter l'intérêt ou le prix de la location du sol; mais, d'un autre côté, on doit porter au bénéfice la valeur de la paille ou fane d'œillette, ainsi que la quantité de fumier qui est en réserve dans la terre (la forte fumure faite pour les œillettes n'étant pas détruite la première année).

Jusqu'ici, dans le département de la Somme, les œillettes ont été semées à la volée; mais les semis en ligne sont préférables sous plusieurs rapports, car l'expérience faite pendant deux ans par M. Dewailly, cultivateur à Amiens, nous a démontré qu'avec cette nouvelle disposition il est plus facile de pénétrer dans le champ et de le sarcler sans briser les tiges; d'un autre côté, les capsules sont plus grosses, les produits plus abondants, la graine plus belle et l'huile de meilleure qualité; enfin la récolte de l'opium est beaucoup plus facile, plus rapide et par suite moins coûteuse.

Un mode de plantation qu'il sera bon d'adopter lorsqu'on voudra extraire l'opium est le suivant : « On plante deux rangs d'œillettes, de manière que les tiges soient à la distance de vingt centimètres les unes des autres, puis de part

(1) Ces renseignements nous ont été donnés par M. Renard, propriétaire cultivateur et rédacteur-gérant du *Bulletin agricole de Doullens*.

(2) Le plus souvent cette récolte ne se paye pas en argent; on donne aux ouvriers la moitié ou les deux tiers en paille d'œillette, employée par eux comme combustible.

et d'autre de ces deux rangs on laisse un intervalle de 60 centimètres dans le sens de la longueur du champ, afin qu'on puisse aisément circuler dans la plantation et inciser à droite et à gauche les capsules des tiges qui bordent une même allée de passage. » (*Mémoire sur l'opium indigène*, par M. Decharme, 1855.)

D'après une statistique sur la culture des œillettes dans le département de la Somme en 1857, on trouve que 12,702 hectares de terre ont été consacrés à la culture de cette plante oléagineuse, et qu'on a récolté environ 140,000 hectolitres de graine d'une valeur de 4,480,000 francs.

*Opium.* — L'opium, à cause de son action sur l'homme, est une de ces substances précieuses et indispensables en médecine.

Jusqu'alors la pharmacie, pour ses nombreuses préparations, a tiré ce médicament de Smyrne, de Constantinople, d'Egypte, etc.; mais nous espérons que bientôt, et pour plusieurs causes, ces opiums exotiques seront délaissés, et que le médecin ne voudra plus employer, avec juste raison, que l'opium indigène.

L'opium est le suc qui s'écoule des têtes do pavots lorsqu'on y fait des incisions peu profondes. Ce suc, blanc d'abord, devient bientôt noir en durcissant à l'air. C'est dans cet état qu'on le livre pour être employé aux préparations pharmaceutiques.

Tous les pavots donnent de l'opium, mais toutes les espèces n'en fournissent pas la même quantité; la qualité en est aussi très-variable.

Nous n'entrerons pas dans tous les détails de toutes les expériences faites sur les diverses espèces de pavots; les personnes qui voudront les connaître consulteront: 1° le *Mémoire sur l'opium indigène*, par M. Decharme; 2° le *Résumé des expériences faites à Amiens en* 1854, 1855, 1856, par M. Bénard. Nous dirons seulement que le pavot-œillette cultivé dans les départements de la Somme, du Pas-de-Calais, de l'Aisne et du Nord, nous ayant toujours donné, avec un avantage marqué, un opium plus riche en principe médicamenteux que celui retiré des pavots blancs ou pourpres, doit être planté préférablement à toute autre espèce pour l'extraction de l'huile et de l'opium.

*Extraction de l'opium-œillette.* — La récolte de l'opium est-elle possible en France? Nos expériences de 1854 à 1859 nous en ont démontré la possibilité, et nous sommes persuadés qu'à la culture des œillettes, qui se fait d'une manière avantageuse en France, on peut ajouter avec grand produit l'extraction de l'opium.

Nous avons fait extraire ce produit d'œillettes semées à la volée, à raison de 28 fr. 58 c. le kilogramme; et, dans un autre cas, les œillettes ayant été plantées en ligne, la dépense pour un kilogramme d'opium recueilli n'a été que de 23 fr. 92 c. M. Renard, cultivateur à Puchevillers (Somme), en a fait recueillir à raison de 26 fr. 65 c.; mais, pour arriver à ce résultat, il faut certaines conditions :

1° Œillettes plantées en lignes ou assez espacées, lorsqu'elles sont semées à la volée, pour la facilité du travail; 2° saison favorable; 3° ouvriers payés de 75 centimes à 1 franc la journée[1]; 4° habileté de l'ouvrier; 5° petite exploi-

[1] Ces ouvriers se rencontreront chez les femmes, chez les enfants des écoles primaires ou des orphelinats; les enfants, à cause de leur agilité surtout, pourraient être très-utilement initiés aux premiers travaux agricoles pour la récolte de l'opium, opération qui n'exige d'eux aucun déploiement de force musculaire, et dont les résultats plus ou moins abondants, selon l'adresse et la vivacité des ouvriers, ne compromettraient en rien la récolte ordinaire des graines.

tation (une grande n'étant pas possible, faute du nombre suffisant de travailleurs).

Nous pensons également que la récolte de l'opium n'est possible que par les petits cultivateurs. L'un de nous s'epxrime ainsi dans le *Répertoire de Pharmacie*, t. XIII, p. 267 : « La culture du pavot pour la récolte de l'opium ne peut se faire que par de très-petits cultivateurs qui trouvent facilement à distraire de leur travail dix à quinze journées dans l'année. Si l'on avait pu monter une fabrique d'opium comme on monte une fabrique de sucre indigène, on aurait facilement trouvé des capitaux, et le problème était résolu; mais ces deux produits sont loin de se ressembler dans les exigences de leur fabrication. Je comparerais plus volontiers la récolte de l'opium à celle du safran ou de la soie, ces deux conquêtes que nos pères ont faites sur le Levant. Comme ces dernières, la récolte de l'opium ne peut être opérée que par la petite propriété, ou, comme je l'ai dit plus haut, par des petits cultivateurs; mais qui se chargera de faire connaître les procédés à ces petits cultivateurs? Le pharmacien seul peut et doit le faire. »

Des renseignements donnés à M. Maltras par M. Wilkin, qui a fréquenté les exploitations d'opium, et publiés dans le *Répertoire de Pharmacie*, t. XII, p. 15 (traduction du *Pharmaceutical journal*, par M. Hottot), nous font connaître que c'est ainsi ou à peu près que se pratique la récolte de l'opium dans l'Asie Mineure.

*Récolte de l'opium*. — Quant au procédé d'extraction que nous avons employé et qui a été publié dans une brochure (*Economie rurale*, par M. Decharme), il est très-simple et à la portée de tout le monde. Nous y prenons la plus grande part des détails qui suivent.

Lorsque la capsule est arrivée à peu près à son développement, après la chute des pétales et pendant tout le temps qu'elle reste verte (espace de quinze à vingt jours), on fait sur cette capsule des incisions peu profondes longitudinales ou transversales; ces incisions superficielles se pratiquent avec un instrument en acier [1], portant à l'une de ses extrémités trois ou quatre pointes recourbées faisant une saillie d'environ un millimètre et disposées circulairement de manière à présenter à peu près en creux le cinquième de la surface convexe d'une capsule de moyenne grosseur. De cette façon, les pointes incisives qui agissent simultanément ne pourront jamais traverser toute l'épaisseur de la capsule; ce qui rend les incisions sans danger pour la graine, ne nécessite aucune précaution, rend le travail rapide et sûr, et diminue considérablement les frais de main-d'œuvre et le prix de revient du produit, car on peut confier l'instrument à des mains tout à fait inexpérimentées. Nous insistons sur ce point qui est capital, car, en le négligeant, on perd les avantages que nous cherchons à établir. Avec un peu d'habitude, qui s'acquiert au bout de quelques jours de travail, l'ouvrier a fait ces observations et en a tiré parti.

On peut commencer les incisions le matin, après l'évaporation de la rosée; à peine sont-elles faites que le suc laiteux apparaît, se forme en larmes et acquiert de la consistance. Il est bon de le recueillir le plus tôt possible pour qu'il ne se dessèche pas sur place.

---

(1) Se trouve chez M. Chatelain, coutelier, rue des Verts-Aulnois, à Amiens. Les pharmaciens qui voudront se procurer ce petit instrument n'auront qu'à envoyer à M. Chatelain 60 centimes en timbres-poste, et ils le recevront immédiatement *franco* par la poste.

L'ouvrier qui fait les incisions doit être suivi, à quelques minutes d'intervalle, par un autre qui enlève le suc opiacé, soit avec le doigt, ce qui est très-avantageux, soit avec la lame d'acier qui sert aux incisions. L'extrémité de cette lame opposée aux pointes est amincie, flexible, et offre une concavité qui permet de recueillir le suc. Cette partie concave de l'instrument ne doit pas être assez tranchante pour emporter avec le suc opiacé les pellicules superficielles de la capsule. Le produit est mis dans un petit vase en fer-blanc à bord presque tranchant, que l'ouvrier tient d'une main entre le pouce et l'index, ou porte suspendu à la ceinture, afin d'avoir les mains libres pour l'opération. Le suc recueilli et qui peut être de 50 à 100 grammes par journée d'ouvrier, selon son habileté, est placé sur des assiettes qu'on expose à la chaleur du soleil, à l'abri de la poussière et de la pluie : la dessiccation s'opère donc sans frais, et le produit, mis en petits pains aplatis et enveloppé dans des feuilles de pavot, est prêt à être livré au commerce.

2 kilogrammes de suc opiacé laiteux donnent environ 1 kilogramme d'opium sec.

*Vente et achat d'opium.* — Le cultivateur qui aura récolté une certaine quantité d'opium-œillette pourra le vendre aux pharmaciens du voisinage ou l'adresser à MM. Bénard, à Amiens, et Collas, pharmacien à Paris. Ce produit sera payé en raison de sa richesse en morphine, qui peut varier entre 15 à 20 pour 100 selon les années et selon le soin qu'on aura apporté à sa récolte; toutefois le prix ne sera jamais moindre de 60 francs le kilogramme, et il peut s'élever à 80 francs et même 100 francs. Le pharmacien qui, par sa position, peut faire sa récolte d'opium-œillette, ne doit pas négliger d'en profiter, il le doit même pour être certain d'avoir un bon produit; le surplus de ce qui lui sera nécessaire pour le service de son officine pourra également être adressé à MM. Bénard et Collas, ou livré au commerce de la droguerie.

*Quelques mots sur la graine d'œillette.* — Nous n'avons rien à dire de l'usage bien connu de cette graine oléagineuse; mais aux cultivateurs qui craindraient que, par suite des incisions faites pour recueillir l'opium, le rendement en graine fût moins considérable, nous leur disons de se rassurer. En effet, nous sommes convaincus que chaque fois que l'incision sera faite à temps et d'une manière convenable, les œillettes, même plusieurs fois incisées, fourniront autant de graine et autant d'huile de même qualité que celles qui n'auraient pas subi cette opération; enfin, nous devons encore relater l'expérience suivante, dont le résultat était prévu, il est vrai, mais qui n'en a pas moins d'intérêt, c'est que la graine d'œillette provenant de capsules incisées, ayant été semée, a très-bien levé, et que, sur les capsules des tiges qu'elle a données, on a recueilli un opium aussi abondant et aussi riche que sur les autres œillettes, et une graine aussi belle et aussi riche en huile que la primitive.

Aujourd'hui que le temps des expériences d'extraction d'opium est passé, et que celui de l'application doit commencer, nous nous adressons spécialement aux pharmaciens, et nous leur disons avec la confiance que notre appel sera entendu : Poursuivez le travail que nous avons cherché à vous rendre facile; votre exemple sera bientôt suivi par les cultivateurs vos voisins, et, de proche en proche et par imitation, cette nouvelle industrie agricole se propagera dans une grande partie de la France, et tous les planteurs de pavots voudront profiter de l'occasion de doubler la valeur de leur champ.

De cette manière, le pays se trouvera affranchi d'un tribut de plusieurs millions, et nous aurons tous contribué : 1° à augmenter la richesse agricole; 2° à procurer une nouvelle source de travail aux jeunes ouvriers de nos campagnes

et à accroître le bien-être de leurs familles; 3° à livrer à la pharmacie et à la médecine un produit national, supérieur, par ses qualités, à celui qui nous arrive de l'étranger à grands frais et presque toujours falsifié.

La Société médicale des hôpitaux vient de décider qu'elle décernerait en 1862 un prix de la valeur de 2,000 francs à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de médecine clinique ou de thérapeutique appliquée : le sujet est laissé au choix des concurrents. Les mémoires devront être adressés *franco* à M. Henri Roger, secrétaire général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine, avant le 31 décembre 1861.

La Société de médecine d'Indre-et-Loire met au concours la question suivante : « Diagnostic et traitement de la diphthérie considérée dans les voies respiratoires, y compris les fosses nasales. » Les concurrents devront appuyer leur travail sur des faits nombreux et bien observés. Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 200 francs. Les mémoires devront être adressés avant le 31 mars 1861, et suivant les formes académiques, à M. Blot, secrétaire général de la Société, à Tours.

S. M. le roi de Sardaigne vient de nommer dans l'ordre des Saints-Maurice et Lazare : au grade d'*officier*, MM. Boudin, Bertheraud, Thomas, Isnard, médecins principaux, et M. Vincent, médecin major; au grade de *chevalier*, MM. Pilcy, Jacquin, Deluy, Besnard, Poulet, Dubosq, Busschaert, médecins majors; Buschon; — dans l'ordre de Savoie : au grade d'*officier*, MM. Salleron, Cazalas, Coze, Méry, Périer, Ténin, Thiems.

Un nouveau don de 5,000 francs vient d'être fait à l'Association générale, par M. Rayer, président de l'œuvre.

Par décret en date du 31 décembre dernier, M. Marcelin Duval, premier chirurgien en chef de la marine, a été élevé au grade de directeur du service de santé de la marine, et a pris en cette qualité la direction de l'Ecole de médecine navale au port de Toulon.

Par décret en date du même jour, ont été nommés : au grade de *premier médecin en chef de la marine*, M. Delioux de Savignac, second médecin en chef ; au grade de *premier chirurgien en chef*, M. Dufour, second chirurgien en chef; au grade de *second médecin en chef*, M. Marrouin, médecin professeur.

Par suite de ces nominations, M. Delioux de Savignac a pris possession de la chaire de chirurgie médicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon; — M. Dufour conserve la présidence du conseil de santé de Cherbourg; — M. Marrouin est appelé à servir à Cherbourg, en remplacement de M. Fonssagrives, rappelé à Brest pour y occuper la chaire de pathologie interne.

La chaire de matière médicale, devenue vacante au port de Toulon, sera mise au concours dans le courant de l'année.

M. le docteur Darralde, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, a succombé le 5 mai à la longue et douloureuse maladie qui le tenait éloigné depuis deux ans de ses fonctions.

La science de l'aliénation mentale vient de faire une perte regrettable dans la personne de M. Guislain, médecin en chef de l'asile de Gand, auteur du *Traité des phrénopathies*.

*Pour les articles non signés*, E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

**Méthode antipyrétique. — De l'emploi du sulfate de quinine et de la vératrine dans le traitement de la fièvre typhoïde** (1).

Par M. le professeur Vogt, de Berne.

Le nombre des cas de fièvre typhoïde que j'ai traités par le sulfate de quinine, depuis 1852 jusqu'en 1858, est de 137 ; sur ce nombre, il y a eu 22 décès, 16,05 pour 100, ou environ un sixième. Ce résultat ne semble pas, au premier abord, parler très-haut en faveur de ce traitement; si pourtant on tient compte de l'époque de la maladie à laquelle le traitement a été commencé, et si l'on recherche la cause de la mort dans ces divers cas, on arrive à des conclusions différentes.

Il est généralement assez difficile de bien préciser l'époque du début dans la fièvre typhoïde; on ne trouve pas toujours un accès fébrile qui en marque l'explosion, et toutes les fois que nous n'avons pas trouvé ce point de repère, nous avons cherché à estimer nous-même la durée de la maladie, d'après les assertions des malades et d'après leur état actuel. De même, à cause de l'exactitude du diagnostic dans les premiers jours de la maladie, nous n'avons tenu compte que des cas dans lesquels l'infection était évidente, et principalement de ceux dans lesquels l'intensité et les conditions particulières de l'état fébrile, le gonflement de la rate, les accidents cérébraux, ne pouvaient pas laisser de doute sur l'existence d'une véritable fièvre typhoïde.

Sur ces 137 cas, 51 n'avaient pas dépassé le septième jour, et sur ce nombre, 3 seulement succombèrent (5,88 pour 100, ou environ un seizième). Dans un des cas suivis de mort, la fièvre typhoïde avait été complétement arrêtée par la quinine, et le malade était arrivé à convalescence, lorsqu'un abcès se développa dans le pharynx et entraîna la mort. Si l'on retranche ce cas, qui n'appartient pas à la fièvre typhoïde, il ne reste plus que la proportion de 4 morts sur 100. Dans un second cas, la fièvre avait disparu au septième jour, la tête était débarrassée, l'affection intestinale persistait seule. Recrudescence fébrile le onzième jour, et bronchite capillaire avec œdème pulmonaire, qui occasionna la mort au seizième jour. Dans un troisième cas, chez une femme atteinte d'une névrose hystérique et qui se trouvait déjà à l'hôpital depuis quelque temps, la fièvre typhoïde était d'abord assez peu intense, avec affection intestinale

(1) Suite. — Voir la livraison du 30 janvier, p. 49.

très-prononcée. Au cinquième jour, il fallut 2 grammes de quinine en cinq heures pour produire des bruits quiniques modérés. La fièvre s'était modérée, mais l'affection intestinale se prolongeait. Au seizième jour, il survint une violente recrudescence fébrile, avec bronchite capillaire et œdème pulmonaire. Un vomitif fut administré sans succès, et la mort eut lieu au dix-huitième jour.

De tout ce qui précède, on peut déduire les avantages que peut présenter la quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde, lorsqu'on en fait usage de bonne heure, pendant le premier septénaire. Aucun autre traitement connu ne fournit un aussi petit nombre de morts, lorsqu'on l'emploie au commencement de la maladie.

Sur les 48 cas suivis de guérison, 29 ont présenté une interruption complète et sans recrudescence du mouvement fébrile, de sorte que la convalescence s'établit, et la guérison complète eut lieu du septième au quatorzième jour. Dans tous ces cas, ou bien l'affection intestinale était nulle ou très-peu développée, ou bien encore, assez intense au début, elle ne tardait pas à rétrograder. Dans 22 cas, au contraire, il y avait le plus généralement une affection intestinale d'un certain degré avec ulcérations. La quinine fut sans action sur elle, et les ulcérations suivirent leur marche, sans autres symptômes qu'une diarrhée modérée un peu prolongée et de faibles exacerbations fébriles. C'est seulement dans un très-petit nombre de ces 22 cas que la fièvre a présenté une recrudescence fébrile ou plusieurs qui n'avaient cependant ni plus d'intensité, ni plus d'importance que celles qu'on observe dans une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Dans aucun de ces 22 cas, le cours de la maladie ne fut abrégé, mais aussi la maladie ne fut jamais aggravée. Beaucoup de ces malades ne se plaignaient d'autre chose que de la faiblesse et du manque d'appétit. Dans le nombre se trouvaient deux femmes enceintes, qui toutes deux avortèrent, l'une vingt-quatre heures, l'autre trois jours après le développement des bruits quiniques. Toutes les deux guérirent dans le temps ordinaire, sans aggravation même momentanée dans leur état.

Dans la deuxième catégorie de faits, nous rangerons 72 cas dont le traitement a été commencé du huitième au quinzième jour, dans lesquels le travail morbide était déjà très-développé, et le plus souvent même parvenu à un assez haut degré d'intensité. Sur ce nombre, 13 moururent, 18,05 pour 100, un cinquième ou un sixième environ, mortalité qu'on ne regarderait pas comme trop forte, même dans les hôpitaux, où l'on groupe sans distinction tous les cas de la maladie, graves ou légers.

Sur les 59 malades guéris, 11 virent leur fièvre disparaître complétement et d'une manière durable, de sorte que la convalescence ne se fit pas attendre. Dans ces cas la guérison eut toujours lieu plus tôt qu'elle n'aurait eu lieu sans l'emploi de la quinine, du huitième au onzième jour. Bien que l'affection intestinale ne fit défaut dans aucune d'elles, elle était généralement modérée, et marcha toujours plus rapidement que d'habitude vers la guérison. En comparant ces chiffres, 11 sur 59, avec ceux de la première catégorie, 29 sur 51, il saute aux yeux que les résultats du traitement quinique sont d'autant plus heureux qu'il a été employé de meilleure heure, et que l'affection intestinale est moins développée.

Sur les 59 sujets guéris de la deuxième catégorie, il en est 33 chez lesquels la marche de la maladie ne fut pas abrégée, avec une amélioration très-marquée pourtant, les cas graves se transformant en cas légers (nous rapportons aux cas graves les cas dans lesquels la fièvre et les troubles cérébraux étaient très-marqués). Après l'apparition des bruits quiniques, le pouls tombait de 20 et 30 pulsations, et avec lui la température de la peau et l'ensemble des autres symptômes fébriles. Les troubles cérébraux, qui consistaient tantôt en de l'agitation nocturne, tantôt en un délire continu, avec évacuations involontaires, ne tardèrent pas à disparaître. Seuls, la faiblesse et les phénomènes abdominaux se prolongeaient un certain temps. Dans tous ces cas pourtant, en sus de l'élévation du pouls, qui survenait après la cessation des bruits quiniques, il y avait encore des recrudescences fébriles assez intenses. Suivant le degré et la durée de ces recrudescences, notre conduite était différente; si elles étaient modérées, nous donnions une infusion d'ipécacuanha avec la liqueur d'acétate de potasse; si l'adynamie était plus prononcée, une infusion de fleurs d'arnica; si la diarrhée était trop abondante, sous-nitrate de bismuth et opium. Enfin, si les recrudescences ramenaient la maladie à son type des premiers jours, nous revenions à la quinine, jusqu'à production des bruits quiniques. C'est ce qui est arrivé dans quatre cas, à deux reprises dans trois de ces cas, et à trois reprises dans le quatrième. Cela fait, la maladie reprit sa marche naturelle.

Dans 15 de ces 59 cas, la quinine portée jusqu'à la production des bruits quiniques n'eut aucune espèce d'influence. Tantôt l'action était nulle sur le pouls ou sur les phénomènes cérébraux, et tantôt elle était peu marquée et ne tardait pas à disparaître. La guérison eut lieu du treizième au quinzième jour de la maladie, et au milieu d'un état anémico-adynamique. Ces faits, joints à ceux

de la troisième catégorie, dont nous parlerons bientôt, nous ont appris que les fortes doses de quinine données dans la troisième période, ou adynamico-anémique, de la maladie, non-seulement sont sans effet, mais encore peuvent nuire lorsque la faiblesse et l'anémie ont atteint un haut degré. Nous exceptons, bien entendu, les cas exceptionnels dans lesquels le pouls et les battements du cœur ont conservé assez de force pour supporter l'action déprimante de la quinine, et dans lesquels l'on a plutôt affaire à l'état fébrile primitif qu'à une fièvre consécutive aux affections locales.

L'analyse des 13 cas de mort nous donne les résultats suivants : 3 au milieu d'un état de maladie si prononcé et porté si loin, que la quinine ne possédait aucune action sur lui ; 1 par perforation intestinale et péritonite, alors que la fièvre était déjà tombée et qu'il restait seulement l'affection intestinale; 1 autre d'ulcération du larynx et de carie des cartilages dans la convalescence; 1 d'hémorrhagie intestinale au milieu d'une nouvelle recrudescence fébrile, alors que la fièvre était très-modérée depuis cinq jours; 2 de bronchite des plus intenses, avec œdème pulmonaire au plus fort d'une recrudescence fébrile; 4 dans la convalescence, au milieu de pseudocrises, l'un par carie du sacrum et ulcération profonde du siége, un autre par des abcès multiples, un troisième de pleurésie purulente, et le quatrième de pneumonie circonscrite, rappelant les infarctus pneumorrhagiques; le treizième, une jeune personne de vingt ans par mort subite, au douzième jour d'une violente fièvre typhoïde, après avoir pris la veille, jour de son entrée, 1 gramme seulement de sulfate de quinine. (Il est vrai que la malade s'était levée pour aller au bassin et qu'elle était encore levée lorsqu'elle fut frappée de mort subite.) L'autopsie ne montra aucune altération de nature à rendre compte de la mort. Il est possible, du reste, que la faiblesse produite par le sulfate de quinine ait été la cause indirecte de la mort provoquée surtout par la station debout. Le fait est que depuis cette époque nous avons toujours interdit à nos malades, sous le coup de la quinine ou de la vératrine, de quitter leur lit sous aucun prétexte.

En résumé, sauf ce cas de syncope mortelle, qui eût pu être évitée par une plus grande précaution de la part de la surveillante, les 12 autres cas de mort doivent être rapportés, en partie 3 aux progrès de l'affection typhoïde que la quinine n'avait pu conjurer, en partie 9 aux affections locales qui se présentent malheureusement dans le cours de cette affection, quel que soit le traitement employé.

La quinine n'a été pour rien dans ces morts; et la preuve, c'est

que parmi les guérisons figurent deux cas d'hémorrhagie intestinale et un de bronchite capillaire des plus intenses; la preuve, c'est que chez les sujets morts d'affections locales, la quinine avait souvent très-bien réussi auparavant et était souvent interrompue depuis plusieurs jours, au moment de l'apparition des affections locales. Notre conviction est donc que tout autre traitement aurait aussi bien échoué que la quinine.

Dans une troisième et dernière catégorie nous plaçons tous ces cas, au nombre de 14, dans lesquels la maladie était déjà arrivée à sa troisième semaine et même plus loin, au milieu de phénomènes anémico-adynamiques. Pas d'autres symptômes que les phénomènes abdominaux et cérébraux; et cependant une faiblesse telle, que les grandes doses de quinine ne pouvaient être employées qu'avec beaucoup de prudence. Dans 8 cas, néanmoins, très-bons effets: diminution notable de la fièvre et des phénomènes cérébraux; en continuant à 50 centigrammes par jour avec une infusion d'arnica ou d'angélique, lorsque la faiblesse était trop grande, guérison graduelle. Dans 2 autres cas également suivis de guérison, recrudescence fébrile au cinquième et au sixième jour, après les fortes doses de quinine; nécessité d'y revenir; guérison. Les 6 autres cas se terminèrent par la mort: chez 4, sans aucune action appréciable de la quinine; chez les 2 autres, après une amélioration qui ne se soutint pas et qui fit place à une faiblesse toujours croissante.

En parlant de l'action antipyrétique du sulfate de quinine, M. Vogt, comme on vient de le voir, fait toujours allusion aux bruits particuliers produits vers l'appareil auditif par ce médicament, ces bruits constituant en quelque sorte pour lui le criterium de l'action antipyrétique.

Il suit de là que le sulfate de quinine doit être administré à dose suffisante et dans un temps assez court pour arriver à la production de ces bruits; mais à ce point il faut s'arrêter. La dose forte ordinaire est de 75 centigrammes à 1 gramme en une fois, et, suivant les individus et la nature des accidents, on donne toutes les demi-heures ou les deux heures de 15 à 25 centigrammes de sulfate, jusqu'à ce que les bruits quiniques aient paru.

La dose nécessaire pour obtenir ce résultat est très-variable: le plus souvent il suffit de 1gr,25 à 1gr,50, et c'est seulement dans un très-petit nombre de cas qu'il faut aller jusqu'à 1gr,75, 2 grammes, et même 2gr,25 de ce médicament. Ceci posé, nous laissons de nouveau la parole à M. Vogt.

Le nombre des fièvres typhoïdes que j'ai traitées par la vératrine

est seulement de 19. Mes expériences n'ont été commencées que dans l'été de 1858, et les autres cas que j'ai rencontrés, ou bien ne réclamaient aucun moyen antipyrétique, ou bien étaient trop avancés pour qu'on pût déduire quelque chose de l'emploi de la vératrine dans ces circonstances.

De ces 19 malades, 4 ont succombé, ou 21 pour 100. Si l'on veut établir une proportion pour des faits aussi peu nombreux, c'est là un résultat au premier abord peu favorable, mais dont l'appréciation ne tarde pas cependant à être tout autre, lorsqu'on pénètre dans les détails.

7 de ces 19 malades n'avaient pas dépassé le huitième jour de leur maladie : tous ont guéri. Chez 4 d'entre eux, le travail morbide a été complétement interrompu par la vératrine, si bien que du septième au onzième jour ils quittaient l'hôpital parfaitement guéris. Chez 3 autres, l'affection intestinale était bien plus fortement développée, et la vératrine, tout en faisant tomber la fièvre primitive et le mal de tête, n'a pas empêché la maladie de se prolonger le temps ordinaire, jusqu'à la cicatrisation des ulcérations intestinales, au milieu de petites exacerbations fébriles. En somme, dans les cas qui rentrent dans ceux de la première catégorie traités par le sulfate de quinine, la vératrine a donné les mêmes résultats que ce médicament.

Dans les 12 autres cas, la fièvre typhoïde avait débuté depuis plus longtemps, de huit à quinze jours et au delà. Dans aucun de ces cas, la durée de la maladie ne fut abrégée par la vératrine. Dans les cas les plus heureux, au nombre de 3, les choses se passèrent comme dans la deuxième catégorie des cas précédents, c'est-à-dire que la fièvre et le mal de tête disparurent immédiatement ; mais l'affection intestinale suivit sa marche avec ses exacerbations fébriles habituelles, qui nécessitèrent des doses un peu plus élevées de vératrine. Dans les cas plus résistants et cependant terminés par la guérison, au nombre de 5, à plusieurs fois des recrudescences fébriles survenant à des intervalles irréguliers, de nouveaux accidents vers la tête, vers la poitrine ou vers l'abdomen, nécessitèrent l'emploi de la vératrine ou d'autres moyens, et la durée de la maladie en fut notablement prolongée. Dans deux de ces cas, la quinine et la vératrine furent employées à diverses époques, et dans les deux cas la vératrine vint à bout d'une accélération du pouls que la quinine n'avait pu dominer.

Ce qui ressort principalement de toutes ces observations, c'est l'action remarquable de la vératrine comme moyen de débarrasser

entièrement et rapidement la tête. Dans un cas de fièvre ataxo-adynamique en particulier, les effets furent des plus surprenants, et, vingt-quatre heures après l'administration de 2 centigrammes de vératrine, il ne restait plus trace des accidents cérébraux. (Cette action sur le cerveau paraît être spéciale à la vératrine ; car M. Vogt l'a constatée à deux reprises différentes dans le cours d'une affection cérébrale suivie de mort par suppuration du cerveau.)

Les 4 cas suivis de mort appartenaient à cette catégorie de fièvres typhoïdes survenant du huitième au quinzième jour. Chez l'un de ces malades, qui n'était, disait-on, qu'au dixième jour de la maladie, une anémie profonde, une adynamie extrême, une dépression excessive, des symptômes cérébraux, un violent catarrhe, avaient le pas sur les phénomènes intestinaux ; le pouls était extrêmement fréquent (148 pulsations). Nous essayâmes, sans grand espoir, la vératrine ; mais 15 milligrammes de vératrine produisirent un si grand affaiblissement du pouls, sans vomissement et sans diminution de la fréquence et des symptômes cérébraux, que force fut d'y renoncer. Mort quatre jours après, dans un affaissement général. Le second cas, au quatorzième jour, était des plus graves, par suite de l'intensité des phénomènes cérébraux, pulmonaires et abdominaux ; la rate était très-volumineuse. La vératrine eut très-peu d'action sur la tête et sur la fièvre. Mort d'érysipèle bulleux, de double *phlegmatia alba dolens*, au vingtième jour après son entrée à l'hôpital. Dans les deux autres cas, la mort suivit une abondante hémorrhagie intestinale.

Ces malades auraient-ils guéri par d'autres traitements? Pour moi, je me permets d'en douter. Dans le premier cas, par exemple, la vératrine n'a été employée qu'en désespoir de cause, et tout autre moyen eût sans doute échoué. Dans le deuxième, les choses étaient si avancées qu'on pouvait peu espérer un changement profond et favorable. Dans les deux autres, l'hémorrhagie intestinale a été cause de la mort, et il me semble peu juste d'en faire peser la responsabilité sur la vératrine.

Si, d'après ce nombre un peu restreint de faits, nous résumons les résultats généraux du traitement de la fièvre typhoïde par la vératrine, nous voyons que ces résultats se placent à peu près sur la même ligne que ceux du traitement par le sulfate de quinine. Pour l'un comme pour l'autre, le résultat final semble être en rapport direct avec la durée antérieure de la maladie au moment du commencement du traitement : plus tôt ce traitement est commencé et plus son action antipyrétique présente d'avantages ; plus tard il

est employé et plus il se rapproche de tous les autres traitements, et peut-être même du traitement expectant.

Si maintenant nous demandons à M. Vogt quel est des deux agents antipyrétiques, la quinine et la vératrine, celui auquel il accorde la première place, sa préférence pour la vératrine, qui est assez transparente par ce que nous avons dit, se montre plus clairement encore dans les passages suivants de son mémoire :

Bien que la quinine et la vératrine semblent posséder tous deux une action antipyrétique à peu près égale, cette action semble un peu plus marquée pour la vératrine. Dans la vératrine, cette action est plus directe, sans aucune excitation, et procède surtout de la moëlle épinière. Dans la quinine, elle procède principalement du cerveau et ne peut être obtenue en un temps un peu court sans excitation préalable ; elle est plus indirecte, plus secondaire que primitive. Il suit de là que la vératrine mérite la préférence dans toutes les maladies fébriles à marche rapide et impétueuse. Dans la fièvre typhoïde, il convient de l'employer au début, d'autant plus que la fièvre est plus vive et la congestion plus active vers la tête. Dans les cas à marche plus lente, avec réaction fébrile moins intense, avec des hypérhémies liées davantage à la stagnation veineuse, dans les dernières périodes enfin de la maladie, lorsque l'anémie ou l'adynamie prédominent, c'est la quinine qu'il faut préférer. On peut même, dans quelques cas, combiner avantageusement les deux moyens, employer la vératrine au début, et plus tard, dans les recrudescences, lorsque les indications se présentent, administrer la quinine.

La puissance antipyrétique de la vératrine est au fond plus grande que celle de la quinine ; car là où cette dernière a échoué, la vératrine réussit souvent d'une manière merveilleusement efficace.

Dans les fièvres éruptives, dans le sens le plus large du mot, toutes les fois qu'elles tendent à une véritable localisation inflammatoire, ou que cette localisation est déjà opérée, c'est la vératrine qu'il faut choisir. C'est ce qu'on doit conclure de sa merveilleuse action dans la pneumonie ou dans les fièvres puerpérales, avec inflammations locales intenses (péritonite, phlébite, endémiatrite). Si, au contraire, la fièvre est plus particulièrement essentielle et n'entraîne avec elle aucune inflammation locale, c'est la quinine qui doit être employée, sauf les cas dans lesquels l'ensemble des circonstances semble indiquer plus particulièrement la vératrine.

L'action toxique de la quinine est plus prononcée et plus difficile à éviter que celle de la vératrine. Pour arriver à l'action antipyré-

tique avec la quinine, il faut aller jusqu'à produire les bruits quiniques. Bien que ces bruits en soient le résultat prévu, ce n'en est pas moins une conséquence assez importante, et d'autant plus digne de considération que les vomissements que détermine la vératrine sont encore bien plus souvent utiles que nuisibles dans les maladies fébriles. Dans l'emploi de la quinine, il faut que le médecin soit très-prudent ou qu'il place auprès du malade une personne expérimentée, afin de surveiller l'action du médicament; car, trop faible, elle n'agit pas sur la fièvre; et trop forte, elle peut être cause d'empoisonnement. Pour la vératrine, il suffit d'une personne quelconque, placée auprès du malade, le médicament devant être suspendu seulement s'il y a une trop grande disposition aux vomissements, des vomissements abondants, de la pâleur ou de l'altération des traits, etc. Il y a une très-grande exagération dans ce que l'on a dit des phénomènes tétaniques produits par la vératrine chez les animaux.

Sans conteste, la vératrine possède dans la fièvre typhoïde une action bien supérieure à celle de la quinine pour débarrasser la tête, surtout dans la première période de la maladie. Mais, si l'affection de la tête dépend d'une congestion veineuse, la quinine peut réussir mieux que la vératrine; de même qu'on voit souvent l'ivresse disparaître plus rapidement après l'administration d'un grand verre de vin ou d'une tasse de café, etc., qu'après des moyens rafraîchissants.

Enfin, et d'une manière générale, la vératrine mérite la préférence dans beaucoup de cas, comme antipyrétique. Quant aux autres indications de ces deux moyens, nous devons donner la préférence à la quinine dans les fièvres paludéennes à marche modérément rapide, dans les autres maladies fébriles arrivées à une période avancée, alors surtout que l'anémie et l'adynamie ont déjà commencé, alors surtout qu'il n'est pas important d'interrompre le mouvement fébrile dans un temps très-court.

---

### De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du *purpura hemorrhagica*, et de son action sédative sur le cœur.

Rapport à l'Académie par M. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis l'application que le docteur Pravaz a faite, en 1853, du perchlorure de fer au traitement des anévrysmes, ce médicament tend à reconquérir l'immense réputation qu'il s'était acquise dans

le commencement du dix-huitième siècle, en Russie d'abord, sous le nom de *liqueur de Bestuchef*, et en France, sous celui de *gouttes d'or du général Lamotte*.

Mais tandis qu'à cette époque cette réputation grandissait, sous les auspices de l'inconnu et du merveilleux, que l'on rattache toujours aux remèdes secrets, aujourd'hui, au contraire, il s'agit d'une substance parfaitement définie et dont on connaît la préparation, grâce à M. Souheiran, qui l'a vulgarisée, en l'introduisant en 1836 dans le Codex. (La formule en avait été publiée dans le Journal de Pharmacie en 1805, par Trommsdorff, qui le premier a donné une connaissance exacte de la liqueur de Bestuchef.)

Chacun s'empresse d'en étendre l'usage, en l'appliquant au traitement d'un grand nombre de maladies.

C'est qu'en effet son importance, comme agent thérapeutique, a été reconnue assez grande pour que l'Académie ait jugé convenable d'en faire le sujet d'un prix dont la valeur a été décernée l'année dernière, sous forme d'encouragement, à divers compétiteurs.

M. Pize, de Montélimart, il faut le reconnaître, a été le premier à signaler les avantages que le perchlorure de fer procure dans le traitement du *purpura hemorrhagica*, et à appeler l'attention des praticiens sur l'action sédative qu'il exercerait sur le cœur, en amenant le ralentissement du pouls.

C'est le 10 février 1857 qu'il insérait dans le Moniteur des Hôpitaux les observations qu'il avait faites à cet égard, notamment pour ce qui a trait au purpura hemorrhagica, et ce n'est que dix mois plus tard, le 8 décembre 1857, que le docteur Bourguignon publiait dans le même journal une observation de purpura hemorrhagica guéri par l'emploi du même agent thérapeutique.

Aussi M. Pize revendique-t-il, en tête du mémoire dont nous avons à vous rendre compte, la priorité sur cet emploi.

Ce mémoire se compose de deux parties très-distinctes : l'une a trait à l'exposition de faits pratiques, l'autre au mode d'action que le perchlorure exerce sur l'économie dans les maladies.

Vos commissaires, MM. Bouchardat, Bouillaud et moi, suivront l'auteur dans l'ordre naturel et logique qu'il a adopté.

*Observations relatives au purpura hemorrhagica.*

Dans un premier fait il s'agit d'une jeune fille de douze ans qui, pendant six jours, a offert tous les prodromes d'une fièvre typhoïde et chez laquelle survinrent à la fois épistaxis, turgescence et exsudation sanguine des gencives, expectoration, vomissements, selles et urines sanguinolents ; de nombreuses ecchymoses étaient dissé-

minées sur la surface des membres. Cet état persiste pendant huit jours, malgré la limonade sulfurique, l'extrait de ratanhia, le seigle ergoté, les sinapismes, etc.

On prescrit une potion de 100 grammes de liquide, contenant 1 gramme de solution de perchlorure de fer. Dans les vingt-quatre heures, la plupart des hémorrhagies sont arrêtées, les urines restent seules sanguinolentes ; le pouls, très-fréquent, revient à 80 pulsations ; le jour suivant il n'y a plus de sang rendu, les taches de purpura ont pris une teinte brune. A partir de cette époque, la maladie suit une marche rapide vers la guérison.

Dans un deuxième cas, il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui, après une croissance considérable et des travaux pénibles, accomplis sans une nourriture suffisante, fut pris de prodromes fébriles avec prostration extrême des forces, et au quatrième jour de l'apparition de nombreuses taches de purpura sur les membres, avec selles sanguinolentes, épistaxis, pouls à 110 pulsations.

Une potion avec 1 gramme de solution de perchlorure arrête les hémorrhagies en vingt-quatre heures, relève le pouls qui ne bat plus que 90 pulsations. La potion est continuée le lendemain et tous les accidents cessent. — On la suspend pendant deux jours.— Le malade a deux épistaxis, mais moins fortes que les précédentes. Le pouls remonte à 100 pulsations. — On reprend la potion. — Le jour suivant, pas d'hémorrhagie, pouls descendu à 82. La convalescence est très-rapide sous l'influence du perchlorure continué durant quelques jours. On y joint des aliments substantiels en petite quantité et du vin.

Le dernier fait propre à M. Pize est celui d'une fille de vingt-cinq ans, chlorotique deux ans auparavant. Malade depuis cinq à six jours, elle a été prise d'hémorrhagie intestinale, d'épistaxis, et des taches nombreuses de purpura se sont montrées sur les membres. Le pouls est faible, il donne 119 pulsations.

Le lendemain de l'usage de la potion ferrugineuse, les hémorrhagies ont cessé ; le pouls est revenu à 86. Le surlendemain il était descendu à 62. La maladie s'est terminée comme dans les deux cas précédents.

M. Pize rappelle ensuite l'observation analogue, publiée postérieurement aux siennes par M. le docteur Bourguignon. Nous pouvons ajouter un cinquième cas qui a été publié récemment dans la Gazette de Strasbourg, par M. Leroy de Saint-Ybars.

Il ressort, suivant M. Pize, de ces quatre observations qui sont toutes relatives au purpura hemorrhagica :

1° Que le perchlorure de fer est l'agent par excellence de la guérison de cette maladie, puisqu'il arrête les hémorrhagies dans l'espace de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et que, continué pendant quelques jours, il fait rapidement entrer le malade en convalescence ;

2° Que puisqu'il produit un ralentissement immédiat dans la circulation, puisqu'il fait descendre les battements du pouls en vingt-

quatre heures de 110 à 80 pulsations, le perchlorure de fer exerce une action sédative immédiate sur le cœur.

Mais nous devons cependant faire remarquer que M. Pize ne donne aucun fait de maladie du cœur dans lequel il ait obtenu les résultats qu'amène ce médicament dans le purpura hemorrhagica.

Occupons-nous d'abord de la première assertion, celle qui a rapport au traitement du purpura hemorrhagica par le perchlorure de fer.

Votre Commission, qui a été nommée dans le mois de mai de l'année dernière, espérait être à même de vérifier l'action de ce médicament; mais le purpura hemorrhagica est une maladie rare. Malgré les chaleurs si élevées de l'été dernier, il ne s'est présenté aucun malade, soit dans le service de M. Bouillaud, soit dans le mien, qui ait offert les caractères de cette affection.

Nous nous sommes donc trouvés dans l'impossibilité de vérifier cette assertion par l'observation. Toutefois les faits que nous avons résumés dans ce rapport sont tellement nets, tellement tranchés, que votre Commission les considère comme constituant une preuve de l'efficacité du perchlorure de fer dans le traitement de cette maladie; d'autant plus qu'il s'agit de sujets jeunes, dont l'un avait été chlorotique, dont l'autre était affaibli par le travail et un défaut d'alimentation suffisante.

Mais il existe une maladie très-voisine du purpura hemorrhagica, et beaucoup plus commune, surtout à l'hôpital Saint-Louis, c'est le purpura simplex. Onze malades ont été traités par le perchlorure de fer, et nous ne prétendons revendiquer à cet égard aucune priorité. Déjà M. Pize avait fait pressentir les bons effets que devrait amener l'emploi de ce médicament dans le scorbut, et M. Deleau l'a, je crois, employé le premier dans un cas de purpura simplex.

L'administration du perchlorure, à la dose de 1 gramme 5 décigrammes dans 100 grammes de liquide, a donné, sous nos yeux, les résultats les plus remarquables, en ce sens que dans l'espace de quatre à cinq jours les taches de purpura étaient assez atténuées pour être abandonnées à elles-mêmes, en même temps que l'état général s'était singulièrement amélioré. Les forces du malade se relevaient très-rapidement, et l'appétit reprenait d'une manière remarquable.

Or, le purpura simplex est une maladie très-commune chez l'adulte fatigué ou chez le vieillard affaibli. A Bicêtre, tous les étés on en observe des cas très-nombreux, et l'on avait remarqué jusqu'alors qu'il cédait à un traitement qui consistait à faire sucer au malade,

dans le cours de la journée, des tranches de citron, en même temps qu'on leur donnait des ferrugineux et des toniques.

Ce traitement, nous le mettions en usage chaque année à l'hôpital Saint-Louis ; nous en avions constaté les bons résultats lorsque nous étions médecin de l'hospice de Bicêtre.

Mais aujourd'hui nous n'hésitons pas à déclarer qu'il est très-distancé par le perchlorure de fer. Les effets de ce dernier agent sont presque immédiats, et la maladie marche beaucoup plus rapidement vers la guérison. D'après nos propres observations, nous n'hésitons donc pas à abandonner une ligne de conduite que nous avons suivie depuis vingt-cinq ans.

L'emploi du perchlorure de fer, sur une assez grande échelle, nous a conduit à faire une observation qui ne nous paraît pas avoir été consignée dans la science.

On sait que le purpura simplex peut se montrer sous deux formes très-distinctes en dehors de l'existence ou de l'absence de fièvre. Il peut être à forme pétéchiale, lenticulaire, ressemblant à des piqûres de puces, ou, au contraire, sous forme de plaques irrégulières, diffuses, uniques ou multiples, et toujours d'une dimension assez grande, depuis 5 centimètres, par exemple, jusqu'à 15, 20, 25 centimètres et plus.

Dans le premier cas, c'est-à-dire dans le purpura lenticulaire, l'éruption peut suivre deux marches distinctes : apparaître principalement aux membres inférieurs, comme dans l'autre variété, et la maladie se montrer sous forme de poussées successives, en suivant une marche progressive jusqu'à son maximum d'intensité ; ou bien il se fait alors en vingt-quatre heures une poussée de taches qui mettent huit, dix ou douze jours à disparaître ; on croit le malade guéri, lorsque surgit une éruption nouvelle.

Eh bien ! dans deux cas de cette dernière forme, et ce sont les seuls de cette espèce qu'il nous ait été donné d'observer, si chaque éruption ou poussée a paru disparaître un peu plus vite au moyen du perchlorure de fer, les récidives n'en ont pas moins eu lieu, malgré la continuation du médicament ; de sorte que dans cette forme morbide de la même maladie à poussées successives, le perchlorure de fer n'a pas eu l'efficacité qu'il a montrée dans l'autre ; le purpura lenticulaire à éruption soutenue, progressant uniformément, cède au contraire très-vite au perchlorure, ce que nous avons vérifié.

A quelles circonstances faut-il attribuer ce résultat négatif?

La maladie est la même, la forme et la marche seules diffèrent. La cause, dans la presque totalité des cas, est toujours unique. Nous

avons insisté, dans notre *Traité des maladies de la peau*, sur sa nature; nous la spécifions, en disant que le chagrin, la misère et la fatigue déterminent le développement du purpura, trois ordres de conditions qui agissent en produisant un même résultat : un défaut de nutrition, de réparation suffisante du sang, qui devient la cause définitive et directe du développement du purpura. De là la fréquence de cette maladie chez les vieillards, chez les artisans, chez les personnes qui ne peuvent pas s'alimenter durant les chaleurs de l'été, à cause du mauvais état de leurs voies digestives.

Mais si nous nous expliquons alors comment le perchlorure de fer remédie au purpura diffus, nous ne nous expliquons pas comment il se trouve un purpura plus rebelle à son action dans le purpura lenticulaire successif, quoiqu'il paraisse se rattacher à la même cause.

C'est que dans les maladies la cause n'est pas tout, comme quelques dermatologistes semblent le prétendre aujourd'hui. La forme et la marche de la maladie sont pour quelque chose dans l'efficacité de tel ou tel agent thérapeutique, et s'il nous fallait rapprocher une autre affection cutanée de l'emploi du purpura, en ce qui concerne la liaison thérapeutique avec la forme, il nous serait très-facile de citer des exemples analogues.

Toujours est-il que le perchlorure de fer, administré à la dose de 20 ou 30 gouttes dans un julep de 100 grammes durant les vingt-quatre heures, nous paraît être la médication par excellence du purpura simplex et du purpura hemorrhagica.

Occupons-nous maintenant de ce qui se rattache à l'action sédative du perchlorure de fer sur le cœur.

A cet égard, M. Pize ne cite aucun fait en dehors de ceux qui sont relatifs au purpura hemorrhagica, et dans lesquels on a vu le pouls, qui était arrivé à donner 110 et même 119 pulsations, descendre par l'emploi du perchlorure à 80 ou 62 pulsations.

Partant de cette donnée, M. Pize en a conclu une action sédative du perchlorure sur le cœur.

Personne, plus que notre honorable collègue M. Bouillaud, n'était apte à juger la question, et nous n'hésitons pas à vous faire connaître son opinion, tout en lui en laissant la responsabilité.

Suivant lui, M. le docteur Pize a raisonné comme il suit : *Post hoc, ergo propter hoc.*

Et en effet, l'accélération dans les battements du cœur peut être la conséquence directe des hémorrhagies. Si l'hémorrhagie s'arrête, la fréquence perd de son intensité. Quelle part faut-il faire alors

au perchlorure de fer dans le ralentissement des battements du cœur? M. le docteur Pize se serait donc trop hâté de conclure.

Il est vrai de dire qu'il faut invoquer à l'appui de sa manière de voir les observations qui ont été faites à ce sujet par d'autres médecins.

Et d'abord, par M. Méran, de Bordeaux, qui, dans ses essais sur le perchlorure de fer, a constamment observé le même phénomène, le ralentissement du pouls.

Ensuite, par M. Socquet qui, en expérimentant le perchlorure de fer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a constaté son action sédative sur le cœur. M. Baradel a signalé le même phénomène dans le *Bulletin de Thérapeutique*, et M. Mathey, dans une bonne thèse sur ce médicament, a rappelé le même fait.

M. Bouillaud fait remarquer avec raison que si l'on prenait pour point de comparaison les observations de M. Pize, le perchlorure de fer laisserait très-loin derrière lui la digitale et tous les agents sédatifs des battements du cœur.

Pour nous, dans les cas assez nombreux de purpura que nous avons traités à l'hôpital Saint-Louis, à l'aide du perchlorure, il ne nous a pas été donné de vérifier le fait, attendu que, contrairement à ce qui a lieu pour le purpura hemorrhagica, le pouls est généralement lent dans le purpura simplex ou chronique.

Mais nous avons eu dans notre service un jeune homme de dix-huit ans qui, avec une affection de la peau, avait une dilatation assez notable des cavités du cœur, avec fréquence extrême des battements du pouls, et chez lequel le perchlorure de fer n'a amené aucune diminution dans cette fréquence.

Néanmoins, nous ne jugeons pas la question, et nous laissons à notre collègue, M. Bouillaud, le soin de démontrer au besoin s'il y a eu erreur à cet égard.

Nous arrivons actuellement à la seconde partie du mémoire de M. Pize, celle qui a trait à la question de doctrine.

Elle est, dans l'état actuel de la science, d'un grand intérêt.

On peut dire, en effet, qu'aujourd'hui les praticiens sont divisés sur la question du mode d'action des médicaments.

Les uns, suivant avec intérêt toutes les recherches et toutes les découvertes de la chimie moderne, se contentent, pour expliquer l'action médicamenteuse du perchlorure de fer, des analyses chimiques qui tendent à démontrer sa présence dans le sang, son action directe et spéciale sur le fluide, ses propriétés coagulantes, et ils s'arrêtent là.

Les autres, qui ont une tendance à faire jouer aux forces vitales un rôle tout aussi exclusif que le rôle chimique précédent, admettent que le perchlorure de fer ne produit, lorsqu'il est administré à l'intérieur, que des effets dynamiques, en raison de sa nature, et ce dynamisme, variable comme la nature de l'agent médicamenteux, suffit à leurs yeux pour rendre compte des effets curatifs si divers auxquels chaque médicament donne lieu.

L'auteur du mémoire prenant en considération, d'abord les premières applications qui ont été faites par M. Pravaz du perchlorure de fer au traitement des anévrysmes externes, ensuite les expériences si multipliées de M. Burin-Dubuisson et de quelques autres chimistes ou médecins, se range du côté de la théorie toute chimique.

Cette théorie, M. Burin-Dubuisson, auquel l'Académie a décerné la première médaille d'encouragement pour le concours de 1859, l'a exposée en détail et en a entouré l'exposition de tous les faits qui pouvaient venir à l'appui.

Suivant lui, une petite quantité de perchlorure suffit à épaissir le sang dans une proportion assez notable pour ralentir ou empêcher son passage dans le système capillaire; de là l'arrêt des hémorrhagies, de là aussi la concentration du sang dans les vaisseaux veineux et artériels, de là l'élévation du pouls, son ralentissement et sa plénitude.

Mais cette action n'est que passagère; il ne faut pas la confondre avec celle qui résulte de la régénération du sang par les ferrugineux.

Dans ce dernier cas, et avant de la formuler, M. Burin-Dubuisson fait observer que M. Quevenne, dans un mémoire très-remarquable sur l'action physiologique des ferrugineux, mémoire inséré dans les Archives de physiologie et de thérapeutique, en 1854, pose en principe: 1° que cette régénération est en raison de la plus grande stypticité des sels ferrugineux *protoxydés*, à acide minéral; 2° que le fer se localise dans les globules sanguins.

M. Quevenne admet que les sels de fer peroxydés sont décomposés par les fluides muqueux et albumineux dans l'estomac avant d'arriver dans le sang; qu'il y a même arrêt ou ralentissement dans leur marche, par la stypticité qu'ils exercent sur les organes; de là la préférence qu'il donne aux sels de protoxyde.

M. Burin-Dubuisson cherche à démontrer que les faits prouvent le contraire de ces deux assertions, et que dans deux cas de chloro-anémie qui seraient traités, l'un par le perchlorure de fer, l'autre par un sel ferrugineux à base de protoxyde, les effets d'assimilation

seraient beaucoup plus prompts dans le premier que dans le second.

Il explique l'absorption plus rapide du perchlorure de fer par ce fait que le sel rencontre dans l'estomac des acides libres, qui tendent à le maintenir dans le même état de composition. Mais on peut objecter que la même condition existe pour les sels de protoxyde.

Il admet, avec M. Mialhe, que l'assimilation du fer pour la formation des globules sanguins a lieu lorsque le fer est à l'état de peroxyde, et non pas de protoxyde.

Que les sels ferrugineux à base de protoxyde n'exercent pas d'action sur l'albumine, qu'ils sont absorbés, qu'ils circulent avec le sang, passent dans les poumons à l'état de peroxyde, et qu'ils concourent ensuite à la formation des globules sanguins et à la plasticité du sang.

Que le fer réduit par l'hydrogène s'oxyde d'abord dans l'estomac, et passe à l'état de sel, pour suivre la marche des protosels.

Que les persels ou le perchlorure n'ont pas besoin de ces transformations préalables; qu'ils passent directement dans la circulation; que l'acide du sel s'unit à la soude du sang et le peroxyde à l'albumine, pour former un composé albumineux, qui n'a plus qu'à concourir directement à la formation des globules sanguins : de là les effets si rapides et beaucoup plus rapides de ce sel comme médicament.

Les partisans du dynamisme ou du vitalisme, en ce qui concerne l'action des préparations ferrugineuses, opposent à ces données les données suivantes :

Tout en admettant avec MM. Andral et Gavarret, et d'autres expérimentateurs, que dans la chlorose il y ait une diminution considérable des globules du sang, qui, d'un chiffre de 127 millièmes, peut descendre à 35 millièmes; tout en reconnaissant que si l'on administre du fer à des chlorotiques, on voit la richesse des globules renaître au bout d'un certain temps, de manière que le sang revient peu à peu à son état normal, ils ne trouvent pas dans ces faits la preuve de l'absorption du fer. Il n'est pas encore démontré, en effet, ainsi que l'a fait observer M. Cl. Bernard, que la cause de la chlorose réside dans l'absence du fer. Il y a plus : il résulte des expériences de M. Reveil que, malgré la diminution des globules sanguins, le sang contient la même proportion de fer.

D'une autre part, on arrive à guérir des chlorotiques en leur faisant prendre des préparations à base de manganèse ; mais des expé-

riences récentes de M. Bruck, de Fribourg, ont démontré que le fer entrait dans la masse du sang.

Aussi les vitalistes, tout en reconnaissant les bons effets des préparations martiales, tout en admettant même qu'elles peuvent être absorbées, pensent qu'elles exercent une action favorable à la digestion et à la nutrition, en vertu de leur nature et de l'excitation qu'elles exercent sur l'appareil digestif. Ils sont même portés à croire qu'en faisant la part de leur absorption, cette action stimulante pourrait peut-être bien s'étendre à la membrane vasculaire interne du système circulatoire, sans que les préparations ferrugineuses vinssent concourir directement à la formation des globules sanguins. C'est l'opinion de MM. Trousseau et Pidoux.

M. Méran a émis, dans le Journal de la Gironde, une idée que je rapproche de celle-là, mais qui en diffère cependant. Il pense que le perchlorure de fer agit sur le système capillaire directement, en vertu d'une action stimulante et tonique qui amène le resserrement de ces vaisseaux, de manière à ne plus permettre la sortie du sang ; de là l'arrêt des hémorrhagies.

On voit que, dans l'état actuel de la science, deux théories sont en présence.

Ni l'une ni l'autre ne nous paraissent entièrement fondées.

Tout en admirant les progrès journaliers de la chimie, qui tendent à faire reposer la thérapeutique sur des bases solides, puisque cette science donne pour les médicaments des connaissances très-nettes et très-précises sur leur composition; quelque portés que nous soyons à tenir compte dans l'économie des réactions chimiques qui peuvent s'opérer entre les fluides animaux et les agents qui sont mis en contact avec eux, il nous est impossible d'assimiler l'appareil digestif et les vaisseaux à des appareils de laboratoire. Or, la théorie de l'auteur de ce mémoire, qui n'est que la reproduction de celle de M. Burin-Dubuisson, ne fait jouer aucun rôle aux organes; elle est toute chimique. Nous pensons qu'elle doit être rejetée, parce qu'elle est trop exclusive.

Nous en dirons autant de l'opinion opposée, celle qui n'attribue à ces préparations ferrugineuses qu'une action purement dynamique sur l'appareil digestif et sur les vaisseaux.

Frappés comme nous le sommes de la rapidité d'action du perchlorure de fer sur l'économie, et de ses merveilleux effets dans l'arrêt immédiat du cours des hémorrhagies, ainsi que de la rapidité avec laquelle il relève les forces du malade; prenant en considération les expériences de M. Bruck et de plusieurs autres chimistes,

qui démontrent le passage du fer dans le sang, nous croyons que les préparations ferrugineuses agissent de deux manières, et par leur transport dans le sang qu'elles tendent à reconstituer, et par leur action directe et stimulante sur les organes auxquels elles impriment plus d'énergie.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Nouveaux procédés opératoires.

Par M. le professeur ALQUIÉ, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

Nous nous proposons de passer en revue les procédés opératoires que nous croyons avoir introduits dans la thérapeutique chirurgicale, et d'abord celui qui fournit en quelque sorte une transition entre les exemples précédemment signalés dans ce bulletin clinique (¹), et ceux qui vont suivre : je veux parler du traitement particulier de l'hydrocèle.

Quand l'épanchement séreux a pris un volume moyen, nous nous contentons de pousser dans sa cavité le trocart de la seringue Pravaz. La petite canule est laissée en place, de manière à permettre l'écoulement lent de la sérosité et l'évacuation complète de la vaginale. Alors nous poussons à travers la canule environ 20 à 30 grammes de teinture d'iode, qui ressort goutte à goutte. Cette injection est répétée le lendemain et les jours suivants, si l'ancienneté de la maladie et l'épaississement des parois de la poche séreuse paraissent le demander. Ensuite la canule est enlevée, et les soins ordinaires sont continués jusqu'à parfaite guérison. Ainsi, les malades ne redoutent point une opération réduite à des proportions exiguës. Nous avons traité de la sorte avec succès plusieurs personnes atteintes d'hydrocèle simple, d'hydro-orchite, etc. Après avoir tenté sans succès l'emploi de divers liquides, et même de l'air atmosphérique, nous sommes revenu à la teinture d'iode pure ou étendue.

Lorsque l'hydrocèle offre de petites dimensions, comme on le rencontre ordinairement pour l'hydrocèle du cordon, nous avons eu plusieurs fois recours avec avantage à l'emploi du simple séton de fil, laissé à demeure de manière à provoquer une inflammation adhésive et même suppurative. Toutefois, d'après les faits de notre pratique, nous préférons généralement le premier procédé au second.

---

(¹) Voir les livraisons précédentes, p. 215, 251 et 298.

Le traitement des polypes offre encore bien des difficultés, témoin les opérations extrêmes que l'on a récemment pratiquées pour aller détruire ceux des fosses nasales et du pharynx. Nous croyons y avoir apporté une simplification dont l'expérience nous a démontré l'importance.

Obs. XIII. *Polype de la matrice. — Ablation par étranglement à l'aide de longues pinces à anneaux laissées en place pendant deux jours. — Guérison.* — Cellie, âgée de cinquante-deux ans, douée d'une constitution robuste, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 8 décembre 1858. Sa maladie remonte à l'époque de la ménopause. Depuis lors les menstrues ont été remplacées par un écoulement puriforme et par des hémorrhagies irrégulières. Elle éprouve des douleurs aux lombes et des pesanteurs au bas-ventre. Le toucher vaginal fait constater l'existence d'un polype fibreux, dont le pédicule, du volume de l'index, provient de l'intérieur du col utérin, et dont le corps, du volume d'une orange, descend presque jusqu'à la vulve. Le 13 décembre, cette femme est couchée sur un lit élevé. M. le professeur Alquié introduit l'indicateur gauche jusque sur le pédicule du polype, et sur ce doigt il porte une longue paire de pinces, un peu recourbées à leur extrémité, jusque sur ce pédicule. Celui-ci est saisi facilement entre les mors de l'instrument ; un aide en rapproche les anneaux à l'aide du double fil ciré, de manière à étrangler le pédicule du polype. L'instrument ainsi fixé, sans douleur et sans perte de sang, est maintenu en place à la faveur d'un bandage. La malade est mise à un régime sévère, et n'éprouve aucun trouble. Le lendemain, cette femme demande et obtient des aliments. Le surlendemain, 17 décembre, elle prend un lavement, et, s'étant levée du lit pour le rendre, elle sent le polype et la pince tomber sans perte de sang. Le toucher permet de constater que le polype n'existe plus, et cette femme, guérie, quitte l'hôpital le 21 décembre. (Observation de M. le docteur Dihiux.)

Sans doute, la forme du polype, en ce cas, n'aurait pas rendu très-laborieuse l'application d'une ligature. Toutefois même alors, il nous semble plus simple et préférable de pratiquer l'étranglement du pédicule à l'aide de simples pinces à anneaux, comme nous l'avons fait chez notre malade. Mais fort souvent le volume et la forme du polype rendent très-laborieux ou même sans résultat l'emploi des nombreux procédés de ligature. Les pinces de Serre, de J. Cloquet ; les canules de Desault, de Bichat, etc., sont maniées avec beaucoup de peine dans le vagin encombré d'une masse fibreuse. En outre, les ligatures diverses sont mouillées par des mucosités abondantes et ne se prêtent point aux promesses de la théorie, ni aux désirs des chirurgiens. Aussi, ces difficultés et ces insuccès ont-ils fait multiplier les procédés et les instruments, sans procurer la simplicité et la sûreté de celui qui nous a réussi ?

L'étranglement à l'aide de pinces est applicable aux polypes de toutes les parties du corps ; ceux des fosses nasales ont donné lieu à bien des essais, à bien des instruments et, même de nos jours, à des opérations graves, dont il nous a paru facile de délivrer la thérapeutique, comme on en lira la preuve dans le fait suivant.

Obs. XIV. *Polype fibreux remplissant la fosse nasale droite et une partie du pharynx. — Étranglement à l'aide de l'entérotome de Dupuytren. —Guérison.* — Rouquairolles, âgé de cinquante-huit ans, doué d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, vient à l'Hôtel-Dieu le 23 juillet 1859. Il fait remonter à quatre ans le début de sa maladie. Au premier abord on est frappé du développement anormal du côté droit du nez ; l'introduction de l'air par les narines est impossible. On voit la narine droite obstruée par des fongosités ; la narine gauche est fermée par la cloison fortement déjetée et même perforée. La tumeur a acquis des limites très-étendues ; la compression qu'elle exerce sur les trompes d'Eustache détermine une très-grande dureté de l'ouïe. L'oreille droite est même le siége d'une otorrhée très-prononcée. En pressant sur le plancher de l'orbite, la tumeur a produit une exophthalmie considérable et une tumeur lacrymale. Le polype a fait des progrès notables jusque dans le pharynx. La voûte palatine est très-altérée sur la ligne médiane, où l'on remarque une saillie fongueuse et dépressible. Le voile du palais est surbaissé, et la luette touche la base de la langue. Le doigt introduit, on constate l'existence d'une tumeur irrégulière, mollasse, qui s'étend dans la cavité pharyngienne. Le 25 juillet, M. le professeur Alquié, faute d'instrument plus commode, porte dans la narine droite les branches séparées de l'entérotome de Dupuytren. Ainsi il embrasse une grande partie du polype ; en articulant les branches de l'instrument, il les rapproche progressivement, au moyen de la vis de rappel. L'entérotome reste ainsi en place, étranglant une portion du polype, et soutenu par un fil attaché au bonnet du malade. Le lendemain la vis est serrée davantage ; des mucosités sanguinolentes sortent en abondance par la narine droite. Le 27, l'instrument se détache avec une portion du polype ; le malade respire par cette narine. Le 29, nouvelle application de l'entérotome qui étrangle une autre portion du polype, et qui tombe avec celle-ci, le 31 du même mois. Depuis ce moment, l'instrument est appliqué à trois reprises différentes, et chaque fois sa chute est accompagnée d'une portion de la tumeur, et chaque fois le malade en éprouve une amélioration notable. Le 9 août, une des branches de l'entérotome est introduite dans la narine droite, où, promenée en tous les sens, elle ne rencontre aucun produit morbide ; l'exploration au moyen du doigt vient confirmer ce premier examen : cet homme, parfaitement guéri, quitte l'hôpital. (Observation de M. le docteur Dihinx.)

L'emploi de la ligature en des cas pareils rencontre de grandes difficultés. La sonde de Belloc, les instruments, de Dubois, de MM. Leroy d'Étiolles, Hatin, Rigaud, etc., etc., sont loin de procu-

rer en pratique les avantages théoriques qu'ils promettent. Aussi a-t-on, et avons-nous nous-même, plusieurs fois échoué en pareilles circonstances. De là, sans doute, l'incision du voile du palais, exécutée, d'après Manne, par bien des chirurgiens que nous avons précédemment imités ; de là l'ouverture pratiquée à la voûte palatine, par M. Nélaton; de là enfin l'ablation du maxillaire supérieur, effectuée par M. Maisonneuve. La méthode de l'étranglement à l'aide d'une espèce de pince, mise en œuvre en plus ou moins de temps, nous paraît appelée à rendre inutiles toutes ces opérations préalables et plus ou moins sérieuses. Nous avons chez notre malade employé à cet effet l'entérotome de Dupuytren, parce qu'il nous offrait une espèce de pince articulée, et dont les branches pouvaient être introduites séparément. Si nous étions entouré des ressources de la capitale, nous aurions rendu cet instrument bien plus convenable, en faisant disposer la largeur des branches suivant la hauteur des narines, etc. Mais ici il nous faut subir la pénurie des ressources de tous genres.

Naguère, l'amputation au-dessus des malléoles a été le sujet d'une grande discussion, au sein de la Société de chirurgie. On objectait contre cette amputation qu'elle donnait lieu à une cicatrice du moignon facilement déchirée par le tiraillement exercé sur la peau et par la pression du moignon sur le coussin de la jambe artificielle. On soutenait ensuite qu'il était très-difficile de procurer à la plupart de ces amputés un appareil convenable, peu coûteux, et facilement réparé. On verra dans l'exemple suivant comment nous avons cherché à résoudre ces objections.

Obs. XV. *Amputation au-dessus des malléoles, de manière à cacher la cicatrice dans l'espace interosseux. — Guérison. — Appareil nouveau.* — Bouchardie, âgé de vingt-cinq ans, vient à l'hôpital Saint-Éloi pour une maladie ancienne de l'articulation tibio-tarsienne. Après avoir constaté des désordres fort étendus de la jointure, et avoir vainement employé divers moyens, la constitution du sujet se détériorant tous les jours, M. le professeur Alquié se décide à pratiquer l'amputation depuis longtemps réclamée par le malade lui-même. L'amputation au-dessus des malléoles, étant préférée, est pratiquée le 15 juillet 1859. La méthode circulaire fut mise en œuvre; mais les téguments indurés nécessitèrent un double brûlement. Trois ligatures d'artères furent employées. Afin d'éviter la pression des os sur la cicatrice, le chirurgien en chef reséqua sur le côté externe de l'extrémité du tibia une portion en forme de coin. Ainsi l'espace interosseux fut considérablement élargi, de manière à permettre aux lèvres de la plaie réunies dans le même sens de s'y loger. Le 28 juillet ce résultat était obtenu. Cet homme attendit quelque temps, afin de laisser consoli-

der la cicatrice, et de recevoir la jambe artificielle que M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, nous envoya, et qui lui permit bientôt de marcher facilement et de retourner à son pays. (Observation de M. le docteur Caseaux.)

La première objection contre les suites de l'amputation sus-malléolaire nous semble levée, à la faveur du procédé opératoire employé sur cet homme. La pression des deux os de la jambe ne contondra plus la cicatrice, protégée ainsi par l'espace interosseux. Le tiraillement de cette cicatrice par les tractions exercées sur la peau par la jambe artificielle devait être prévenu à l'aide de la disposition particulière de cet appareil même. Au lieu de prendre appui sur la cuisse ou la hanche, comme dans la plupart des appareils connus, celui que nous avions demandé devait satisfaire aux conditions suivantes. Il embrassait exactement le genou, de manière à prendre appui sur les saillies osseuses de cette jointure, à la faveur d'une pièce en forme d'étui presque complet qui se termine au coude-pied. La jambe ainsi enfermée doit porter sur le genou et sur le pied artificiel, sans que le moignon appuie fortement sur le coussin placé au fond de l'espèce d'étui dont l'appareil est surtout composé. Un lacet de peau fixe cet appareil à la cuisse et à la jambe. Inutile d'ajouter que le pied joue sur la charnière du coude-pied, et que l'avant-pied est formé d'un demi-soulier rembourré. Ainsi disposée, cette jambe articulée doit prévenir la déchirure de la cicatrice du moignon soit par frottement, soit par pression. En outre nous désirons que la pièce principale de cet appareil soit de bois, afin de diminuer son prix, de la rendre plus simple et plus facile à réparer, enfin de la rapprocher autant que possible du pilon, ordinairement employé chez les personnes amputées au-dessous du genou.

Peu de jours après que nous avions écrit ces lignes, un zouave, amputé de la jambe en Italie, est entré dans nos salles, ayant un appareil à peu près tel que nous le désignons ici, et qu'un ouvrier improvisé lui avait confectionné en Lombardie. Dans ce genre, nous pourrions

encore ranger un modèle que nous avons récemment vu dans la vitrine de M. Badin, orthopédiste de Toulouse, à l'Exposition de Montpellier. D'ailleurs, les articles que notre excellent confrère M. Debout se propose de publier sur les divers modèles de jambes artificielles nous dispensent d'insister sur ce sujet. (Voir aux *Variétés* de cette livraison).

L'appareil que nous a confectionné l'habile M. Mathieu est sans doute plus remarquable, plus élégant et plus acceptable par les personnes riches; mais il serait difficilement répandu parmi la classe pauvre et celle de la plupart de nos hôpitaux.

L'un des accidents le plus à redouter à la suite de l'opération de la cataracte, et de l'abaissement surtout, est l'inflammation de l'œil. Afin d'éviter une aussi grave complication, qui fait perdre le bénéfice d'un grand nombre d'opérations, très-bien exécutées du reste, on a tenté mille ressources. Dernièrement encore, on a préconisé l'occlusion des paupières et l'application prolongée de la glace. Nous n'avons pas dessein de discuter ici la valeur de ces derniers moyens, mais de préconiser la décoction d'arnica. Depuis fort longtemps l'arnica a été mis en usage comme vulnéraire ou propre à combattre les suites ordinaires des blessures. L'opération de la cataracte devait compter parmi les indications de l'*arnica montana*. Aussi la décoction de cette plante a-t-elle été appliquée sur les yeux récemment opérés de la cataracte, afin de prévenir le développement de l'inflammation. Nous ne saurions signaler la source de cette remarque thérapeutique; du moins nous pouvons joindre notre témoignage en faveur de l'efficacité de ce moyen. Parmi les faits déjà assez nombreux que nous pourrions apporter à l'appui de ce bon résultat, nous donnons au hasard le suivant :

Obs. XVI. *Cataracte opérée par abaissement. — Occlusion et décoction d'arnica en topique. — Guérison sans inflammation.* — Darjon, sapeur au 1er régiment du génie, est entré à l'hôpital le 22 juin 1859. En 1857, il traversait un taillis, lorsqu'une branche d'arbre vint le frapper à l'œil gauche qui s'enflamma immédiatement et devint progressivement impropre à la vision. Au moment de son entrée à l'hôpital, ce militaire offre à l'œil blessé une cataracte blanche ayant l'apparence d'une toile d'araignée très-épaisse, qui lui permet seulement de distinguer la nuit du jour. Le 7 juillet, M. Alquié pratique l'opération par abaissement et broiement, opération un peu laborieuse. Un bandage (monocle) est ensuite placé sur cet œil, sur lequel on fait des applications d'une décoction froide d'arnica.

Le 8 juillet. Le malade a éprouvé des douleurs assez fortes à l'œil,

pendant la nuit; elles l'ont empêché de dormir. (Décoction d'arnica en topique, bouillon, potion avec la morphine.)

Le 9. Calme complet, sommeil tranquille. (Mêmes prescriptions.)

Le 13. Le malade se trouve bien; on continue la décoction d'arnica en topique. Enfin l'on supprime le bandage; l'œil ne présente pas de phlogose; la vue est rétablie; cet homme quitte l'hôpital peu de jours après. (Observation de M. Broussonnet fils.)

Les douleurs survenues chez ce militaire après l'opération dépendaient des manœuvres laborieuses nécessitées pour rompre les adhérences avec l'iris de cette cataracte traumatique. Néanmoins, l'inflammation ne s'est pas développée et la vue a été recouvrée. Sans doute, les cataractes traumatiques constituées en grande partie par des pseudo-membranes organisées sont moins souvent suivies, après l'opération, de complication phlegmasique. Cependant il nous paraît digne d'attention que cette complication ne soit pas survenue en ce cas. Du reste, après avoir abaissé des cataractes ordinaires, nous avons constaté le même résultat, sous l'influence de l'arnica. En plusieurs circonstances même, les malades ayant commis l'imprudence de découvrir l'œil, et de l'exposer plusieurs fois à la lumière artificielle, ont vu la phlogose, déjà commencée sous l'action de cette cause, rétrograder et disparaître pour laisser la vision se rétablir. Ces faits déjà multipliés, ajoutés à ceux que d'autres chirurgiens pourraient invoquer aussi, nous paraissent propres à faire accorder une grande confiance au topique dont il s'agit. Ce moyen nous a semblé bien plus facile à se procurer et à mettre en œuvre partout que la glace, par exemple. Et remarquez que pour apprécier sévèrement la valeur réelle du topique dont il s'agit, nous avons supprimé tous les autres moyens que l'on met en usage en pareille circonstance pour prévenir ou pour combattre l'inflammation de l'œil opéré; ainsi saignée, sangsues, vésicatoires, purgatifs, etc., ont été négligés, pour s'en tenir à l'application de la décoction d'arnica.

Nous aurions à décrire maintenant une nouvelle méthode de faire la taille, que nous avons mise plusieurs fois en pratique avec succès, et qui a fait le sujet de bien des leçons de clinique à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, depuis l'année 1857. Mais l'importance et l'étendue que demande une pareille question nous oblige à la traiter dans un travail spécial. Nous terminerons cette analyse des travaux de notre clinique chirurgicale en signalant une nouvelle manière de contention des fractures de la rotule; le fait suivant en donnera une idée.

Obs. XVII. *Fracture transversale de la rotule. — Écartement considérable des fragments. — Application du tourniquet de J.-L. Petit au-dessus des fragments. — Guérison avec peu de dif-*

*formité.* — Marchal, âgé de vingt-cinq ans, maréchal des logis au 3e escadron du train des équipages, a eu tous ses parents atteints de fracture aux membres. Le 5 juillet 1859, il se trouvait en ordonnance lorsque son cheval s'abattit violemment. Marchal eut la jambe gauche engagée sous le ventre du cheval, qui, se relevant brusquement, le laissa retomber aussitôt à terre, la courroie de l'étrier s'étant rompue de manière à le priver de point d'appui. Marchal étant parvenu à se dégager veut se relever et ressent alors un craquement dans le genou gauche. Portant la main sur ce point, il a pu enfoncer son doigt dans une rainure correspondant à la face antérieure de la rotule. Dès lors il n'a pu marcher qu'à reculons et pendant peu de temps. On le transporte bientôt à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

Alors le genou est tellement tuméfié qu'il est impossible de reconnaître la fracture dont tout du reste atteste l'existence. Le membre est placé dans l'extension, le talon très-élevé ; des topiques réfrigérants sont mis en œuvre; le régime sévère et les boissons calmantes sont prescrits. Le 8 juillet, trente sangsues sont appliquées autour du genou; le 9 et le 10, des frictions mercurielles sont employées. Le 21, la tuméfaction de la partie ayant beaucoup diminué, on reconnaît l'existence d'une fracture presque transversale, avec écartement de près de 4 centimètres des fragments. Nous plaçons autour de la jambe un bandage roulé, autour du genou des bandes dextrinées et disposées en 8 de chiffre, tout le membre dans une gouttière de bois, et au-dessus du genou le tourniquet de J.-L. Petit. Cet instrument est placé immédiatement au-dessus des fragments rapprochés, de manière à les contenir sous l'action modifiée à volonté de la vis de pression. Cet appareil, parfaitement supporté par ce militaire, est conservé jusqu'au 2 août suivant. Alors le bandage dextriné est enlevé et nous permet de constater la formation d'un cal assez régulier. Le tourniquet est appliqué de nouveau au-dessus du genou laissé à découvert, et reste en place jusqu'au 17 du même mois. Dès lors, le cal est formé avec fort peu d'écartement des fragments; des onctions huileuses sont employées, avec l'exercice modéré, afin de rendre au genou sa liberté antérieure. Enfin ce militaire quitte l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de septembre pour se rendre en convalescence. (Observation de Plantin, élève stagiaire.)

Certainement nous ne prétendons pas que l'emploi du tourniquet de J.-L. Petit, pour rapprocher les fragments d'une fracture transversale de la rotule, donne des résultats parfaits. Quand une telle fracture existe avec un écartement déjà considérable, et compliqué d'une grande contusion du genou, il n'est guère possible d'obtenir de meilleur résultat. Mais la simplicité du moyen thérapeutique nous paraît digne d'attention, surtout en présence de l'emploi conseillé et effectué de nos jours en pareil cas de griffes métalliques implantées et maintenues longtemps dans les fragments de la rotule.

Nous venons de donner un simple aperçu des recherches thérapeutiques effectuées dans notre service clinique. Les sujets qui s'y

trouvent mentionnés demanderaient bien d'autres développements, bien d'autres faits à l'appui des résultats énoncés. Aussi nous proposons-nous de remplir ces lacunes dans un travail particulier.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Note sur la préparation de l'huile de foie de morue ferrée.

Par M. le docteur JEANNEL.

La publication d'un procédé facile pour la préparation de l'huile de foie de morue ferrée sera peut-être considérée comme utile, maintenant que cette huile tend à prendre rang dans la thérapeutique.

*Huile de foie de morue ferrée.*

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Huile de foie de morue brune........... | 250 grammes. |
| | Eau distillée........................... | 250 grammes. |
| | Carbonate de soude cristallisé pulvérisé.. | 14 grammes. |
| | Sulfate ferreux cristallisé............... | 15 grammes. |

Mêlez dans un flacon à large ouverture, agitez de temps en temps au contact de l'air pendant huit jours, filtrez à travers un filtre mouillé, séparez l'eau de l'huile au moyen d'un entonnoir, filtrez l'huile une seconde fois.

La combinaison s'effectue à mesure que l'oxyde de fer et l'huile elle-même absorbent l'oxygène de l'air. J'ai constaté que l'hydrate de sesquioxyde de fer précipité d'un persel mêlé à l'huile fraîche se dissout à peine, tandis qu'il se dissout de plus en plus lorsque, le mélange restant exposé à l'air, l'huile rancit; j'en ai conclu que l'oxydation du corps gras est la condition de la dissolution.

La formule ci-dessus m'a paru présenter les meilleures conditions pour obtenir un beau produit toujours identique, le sesquioxyde de fer se trouvant à l'état naissant en contact avec le corps gras qui doit le dissoudre.

Cette huile, parfaitement limpide et d'un beau rouge grenat, n'est pas d'une saveur ni d'une odeur beaucoup plus désagréables que l'huile de foie de morue; elle se conserve sans altération en vase clos, mais elle rancit facilement au contact de l'air, et même elle se résinifie en peu de jours. Elle contient 1 pour 100 de son poids de sesquioxyde de fer.

Je propose de s'en servir pour ajouter à l'huile de foie de morue ordinaire la dose d'oxyde de fer qu'on jugera convenable d'adminis-

trer, en se souvenant que chaque gramme de cette huile de foie de morue ferrée représente 1 centigramme d'oxyde ferrique.

---

**Note sur la pommade au stéarate de mercure.**

Jusqu'à présent cette pommade est trop rarement employée, bien qu'elle offre tous les avantages d'un bon médicament ; elle est très-active et nullement irritante ; elle est d'une composition fixe, d'un aspect agréable, et elle reçoit aisément l'arome qu'on veut lui communiquer, tandis qu'on peut reprocher à l'onguent mercuriel d'être toujours repoussant et infect, et de varier dans sa composition intime, selon le plus ou moins de rancidité de la graisse qui le constitue.

En attendant que l'exactitude de ces faits soit généralement admise, je crois devoir appeler l'attention sur une nouvelle application des sels gras à base de mercure, qui me semble d'un certain intérêt.

Une pommade cosmétique, additionnée de stéarate ou d'oléo-stéarate de mercure, à la dose de 10 pour 100, fait périr les insectes du genre *pediculus*, aussi sûrement que l'onguent mercuriel lui-même. Voici la simple formule que j'ai adoptée et que j'ai eu l'occasion d'employer fréquemment avec un plein succès au dispensaire de Bordeaux :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Oléo-stéarate de mercure obtenu par double décomposition, ou stéarate de mercure obtenu directement.................... | 10 grammes. |
| | Axonge........................................ | 90 grammes. |
| | Essence de citron.............................. | 25 gouttes. |

Il suffit de graisser légèrement, au moyen de cette préparation, les parties infectées de vermine, pour que celle-ci disparaisse.

On pourrait remplacer l'axonge par une pommade cosmétique aromatisée quelconque. D^r^ Jeannel.

---

**Mode de préparation d'un stéarate de fer destiné au traitement des chancres phagédéniques.**

Depuis quelques mois, M. Ricord se sert, à l'hôpital du Midi, d'une pommade et d'un sparadrap au stéarate de fer, préparés par M. Braille, interne en pharmacie, et qui paraissent constituer un moyen précieux de pansement pour les chancres mous ou compliqués de phagédénisme. Ce nouvel agent thérapeutique a été employé, pour la première fois, sur un malade victime d'expériences de syphilisation pratiquées sur lui dans un autre hôpital, et qui

avait, à son entrée à l'hôpital du Midi, les cuisses couvertes de larges ulcérations phagédéniques, contre lesquelles toutes les médications dirigées par les médecins les plus habiles n'avaient pu, pendant quinze mois, produire la moindre amélioration. M. Ricord, en présence d'un cas aussi grave, a eu l'idée de se servir de sparadrap de stéarate de fer, avec lequel il fit panser *par occlusion* les ulcérations de la cuisse droite, et comparativement des pansements furent faits sur la cuisse gauche avec un sparadrap de coaltar. En peu de temps, les ulcères phagédéniques du côté droit furent complétement cicatrisés, et en présence de ce résultat si remarquable, le sparadrap de coaltar fut remplacé, pour le côté gauche, par le sparadrap de stéarate de fer, qui amena une guérison complète en moins d'un mois.

Voici le *modus faciendi* de ces nouvelles préparations, d'après M. Braille, à qui on en est redevable :

*Pommade au stéarate de fer.*

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Sulfate de fer | ........................ | 500 grammes. |
| Savon de Marseille | .................... | 1000 grammes. |

Faire dissoudre le sulfate de fer dans une grande quantité d'eau (soit 1,500 grammes); d'autre part, faire dissoudre le savon de Marseille dans une égale quantité d'eau.

On verse une solution dans l'autre, et on obtient un précipité blanc verdâtre qu'on doit dessécher, puis on le fait fondre à une douce température (80 à 84 degrés); à la masse fondue et en grande partie refroidie, on ajoute 40 pour 100 d'essence de lavande, avec le soin d'agiter jusqu'à complet refroidissement.

*Sparadrap de stéarate de fer* (emplâtre Braille).

Pr. Stéarate de fer.............................. Q. S.
(obtenu comme il est dit ci-dessus.)

Faire fondre à une douce température et étendre sur toile comme pour le sparadrap ordinaire.

Cette masse donne un sparadrap agglutinatif et non cassant, comme les savons de plomb obtenus par double décomposition.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Note sur l'emploi de la seringue Charrière-Pravaz pour pratiquer les instillations d'éther sulfurique dans le traitement de la surdité nerveuse.**

Grâce à l'initiative intelligente de M. Béhier et à l'indépendance d'esprit qui l'a porté à soumettre à la critique et à l'expérimentation scientifique un moyen issu d'une origine extra-médicale, les instillations d'éther, comme traitement de certaines formes de cophose, sont actuellement à l'essai, et l'opinion sera bientôt complétement fixée sur la valeur et sur les indications de cette méthode thérapeutique, qui se présente au reste sous la sauvegarde d'une simplicité et d'une innocuité parfaites. Il faudra sans doute rabattre beaucoup des espérances qu'elle a fait concevoir ; mais les expériences tentées jusqu'ici, notamment celles communiquées au *Bulletin* par notre savant confrère M. Delioux, font déjà pressentir que la surdité nerveuse, notamment celle qui s'accompagne de bourdonnements persistants, pourra être attaquée par ce moyen, avec des chances probables de succès. Je l'expérimente également de mon côté ; mais avant de publier les résultats que j'aurai obtenus, je crois devoir indiquer à ceux de mes confrères qui s'occupent de recherches analogues un moyen très-simple et très-commode de pratiquer ces instillations d'éther, de manière qu'on puisse et les diriger exclusivement sur le fond du conduit auriculaire et les doser par gouttes d'une manière exacte. La seringue-trocart de Pravaz, pour injections hypodermiques, remplit très-bien ce double but. On fait choix de la canule du plus gros calibre, on l'adopte au corps de pompe et on l'introduit dans le flacon d'éther. En retirant graduellement le piston, la seringue se remplit de liquide. Entre la surface inférieure du piston et la couche supérieure de la colonne d'éther se trouve un vide apparent de 1 à 2 centimètres, qui n'est autre chose que de l'éther gazéifié par l'action aspiratrice du vide, mais qui ne gêne en rien le jeu du piston ni la sortie régulière des gouttes par la canule. Le petit appareil étant ainsi chargé, la canule est introduite dans le conduit auriculaire, à une profondeur de 2 centimètres environ, puis on imprime à la tige du piston un nombre de quarts de tours de révolution correspondant au chiffre des gouttes à instiller, en se rappelant seulement qu'au début de l'injection la canule est pleine d'éther et qu'il ne faut pas par conséquent abstraire, comme cela se fait pour les in-

jections hypodermiques, les quatre premiers mouvements du piston. Les instillations d'éther se pratiquent par ce moyen avec une facilité et une précision qui ne laissent rien à désirer, et il joint à ces avantages celui de ne pas perdre la moindre goutte de liquide, et, par suite, de ne pas remplir la chambre du malade de cette odeur fragrante à laquelle répugnent un certain nombre de personnes. Je ne recommanderai certainement pas, pour se procurer ces avantages, et dans ce seul but, de se munir de l'appareil de Pravaz; mais l'efficacité des injections sous-dermiques me paraît si bien établie, elle l'est du moins si complétement dans mon esprit par les résultats que j'en obtiens tous les jours, que je ne doute nullement qu'avant peu cet ingénieux appareil ne soit entre les mains de tous les médecins qui, tout en l'adaptant à sa destination primitive, pourront également s'en servir pour l'application nouvelle que je leur signale. D[r] FONSSAGRIVES.

---

**Un mot sur les effets rapides de l'éther chez un jeune sourd-muet.**

Des trois sourds-muets qui se trouvent dans ma clientèle, deux étaient absents lorsque vous m'avez signalé la médication de M[lle] Cléret. Je ne puis donc vous rendre compte que des effets obtenus sur le dernier d'entre eux ; tout incomplets qu'ils soient, je les crois encore assez importants pour que vous les accueilliez avec intérêt.

Le jeune Wailloz est âgé de huit ans : il habite ordinairement Libourne; mais désirant suivre les effets de ce traitement, j'ai fait venir l'enfant près de moi à Saint-Emilion. J'ai ouï dire à M. Valade-Gabel, pédagogue de mes deux autres malades, que la surdi-mutité était la dernière expression de la diathèse scrofuleuse; s'il en est ainsi généralement, le petit Wailloz ferait exception, car à part son teint blond, il est difficile de rencontrer un enfant plus fortement constitué, plus vigoureux, plus alerte et mieux portant. Chez lui, la surdi-mutité date de la naissance, et la cause de cette infirmité ne saurait être attribuée à l'hérédité; je connais toute sa famille, et jusqu'à l'enfant qui nous préoccupe, tous les membres jouissent de la santé la plus robuste. Le père me dit avoir conduit son fils, l'an dernier, à Bordeaux, et l'avoir soumis à l'examen des membres de l'Académie, qui l'auraient déclaré incurable. Je vous livre cette assertion à titre de simple renseignement.

Le traitement a été commencé le 27 avril dernier, le lendemain du jour où je recevais votre lettre. Me conformant à vos indications,

chaque jour j'ai instillé dans chacune des oreilles 8 gouttes d'éther sulfurique rectifié. Au début, ces instillations déterminaient de la douleur dans l'oreille droite; je me bornai à 4 gouttes d'éther pour cette oreille, mais depuis, l'accoutumance s'étant produite, je suis revenu à mes doses premières, 8 gouttes dans chaque conduit auditif.

Le mieux, ou pour mieux dire le bien, a été presque instantané : au bout de deux ou trois jours, le jeune Wailloz commença à dire *papa*, *maman*, *tante*, *boire*; mais, chose remarquable, il répète ces mots *à voix basse*; l'articulation des sons sera probablement une éducation de l'ouïe. L'enfant entend le carillon d'un réveil, la sonnerie d'une pendule, le bruit de l'appeau qui imite le chant de la caille. Ces bruits et ces sons inusités pour lui l'intéressent et l'amusent beaucoup.

Il entend mieux de l'oreille droite que de la gauche; or, comme c'est l'organe qui, au début, a été le plus douloureusement impressionné par les instillations de l'éther, je suis amené à me demander si l'action curative serait en proportion de l'action physiologique. L'expérience seule peut résoudre cette question.

Le résultat obtenu chez le jeune Wailloz m'a paru assez remarquable pour vous être signalé, car dès maintenant son éducation peut être commencée avec la voix, élément précieux en pédagogie. Je vais poursuivre mon essai; nous sommes en trop bon chemin pour nous arrêter, et je ne manquerai pas de vous faire part du résultat définitif de ce traitement chez cet enfant.

D[r] Lafargue.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Abcès urineux traumatique.** *Séjour d'une sonde à demeure, guérison.* Est-il nécessaire de maintenir encore la sonde à demeure dans l'urètre, dans les cas de plaie ou déchirure de l'urètre, après que l'on a constaté la cicatrisation de la plaie, et combien de temps ce séjour peut-il être utile ? Voici un fait qui prouve que la sonde peut être retirée sans inconvénient, dès le moment où la cicatrisation est complète.

Le 22 février dernier, M. le docteur Morin, d'Yverdon (canton de Vaud), fut appelé auprès d'un jeune homme de vingt-deux ans, le nommé G***, qui, la veille, étant monté sur un escabeau, était tombé à cheval sur l'un des pieds de cet escabeau, de manière que dans sa chute tout le poids du corps porta sur le périnée. Il en était résulté une contusion très-forte de cette région, et particulièrement de la fesse gauche, avec rétention d'urine et distension considérable de la vessie. Il fallut recourir deux fois par jour au cathétérisme, qui ne s'effectuait pas sans peine et amenait chaque fois une urine très-fortement chargée de sang. Au bout de cinq jours, le malade accusa une grande douleur dans la fesse contusionnée, et on y constata l'existence d'une tumeur volumineuse fluctuante, dont il fallut pratiquer l'ouverture; il en sortit environ un litre d'un pus fétide. Dès ce moment le malade ne

sentait plus le besoin de la sonde; toutefois, ce n'était pas par l'urètre que sortait l'urine, mais par la plaie de l'abcès. Il y avait une déchirure de l'urètre située probablement dans la partie membraneuse de ce canal. M. Morin, après avoir essayé en vain de faire pénétrer une sonde de gomme élastique dans la vessie, plaça à demeure une sonde d'argent d'un calibre moyen, non sans redouter toutefois que le malade ne pût la supporter. En effet, quelques heures après le malade demandait en grâce qu'on l'en délivrât. Cependant M. Morin insista pour le maintien de la sonde; le malade finit par s'habituer si bien à son contact, qu'elle put rester à demeure pendant neuf jours. L'urine s'écoulait très-bien par la sonde et aussi au travers des parois de l'urètre. M. Morin recommanda au malade de comprimer la fesse chaque fois qu'il devait uriner, afin d'obturer la cavité de l'abcès. La suppuration diminua de jour en jour. Bientôt il ne s'écoula plus d'urine par la plaie, et la cicatrisation fut complète au bout de neuf jours, à compter de l'introduction de la sonde.

Cependant M. Morin était embarrassé pour savoir combien de temps il devait encore laisser la sonde, ne sachant trop à quel point en était la cicatrisation de l'urètre. Après avoir pesé les divers avis qui lui furent donnés dans cette circonstance, il se décida à retirer la sonde, sous la réserve de la réintroduire s'il était nécessaire. Mais le malade et lui reconnurent avec satisfaction que les urines suivaient bien leur cours naturel. (*Echo médical*, 1860.)

---

**Anévrisme externe.** *Deux nouveaux cas de guérison par la compression indirecte.* Bien qu'aujourd'hui le traitement des anévrismes par la compression ne soit plus en question, et que les exemples de guérison soient assez multipliés à l'heure qu'il est pour fixer l'opinion des chirurgiens à son égard, il ne nous en paraît pas moins intéressant de faire connaître à nos lecteurs les deux nouveaux cas suivants, que M. le docteur Mirault, d'Angers, a communiqués à la Société de médecine d'Anvers et qui tendent à démontrer, comme ceux qui les ont précédés, non-seulement l'efficacité, mais encore la supériorité de cette méthode sur les autres.

*Obs. I.* Le nommé Gér..., âgé de trente-cinq ans, alla consulter M. Mirault le 15 juin 1857, pour une tumeur qu'il portait au pli du bras droit, et qui s'était manifestée huit jours après une saignée de la veine médiane basilique. Cette tumeur, sans changement de couleur à la peau, était souple et en partie réductible. A la vue et au toucher on y constatait un mouvement d'expansion et des battements isochrones à ceux du pouls, qu'on faisait cesser en comprimant la brachiale, et qui reparaissaient aussitôt qu'on abandonnait cette artère à elle-même. L'oreille appliquée sur cette tumeur y percevait un bruit de souffle caractéristique; vers sa partie moyenne on apercevait la cicatrice de la saignée. Dans le voisinage s'étendait une large ecchymose, et du gonflement existait à l'avant-bras et à la main; c'était évidemment un anévrisme.

Il fut procédé dès le lendemain au traitement, de la manière suivante: d'abord un bandage roulé fut appliqué sur toute l'étendue du membre; ensuite on plaça sur la tumeur elle-même trois rondelles d'agaric superposées les unes aux autres, et que l'on fixa par un bandage en huit de chiffre; enfin on appliqua le tourniquet de J.-L. Petit à la partie moyenne du bras, et on le serra de manière à intercepter incomplétement le cours du sang dans l'artère humérale. Le malade se mit ensuite au lit, ayant le bras étendu sur un coussin de balle d'avoine, la main plus élevée que le coude. Malgré l'attention qu'on eut de serrer modérément le compresseur, des douleurs ne tardèrent pas à se faire sentir, et elles devinrent si vives qu'au bout de deux jours il fallut renoncer à ce mode de compression. M. Mirault songea alors à la compression digitale.

Du 20 au 25 juin, la compression de la brachiale fut faite, de six heures du matin à neuf heures du soir sans interruption, et de manière à suspendre totalement les battements dans la tumeur.

Le 25 l'anévrisme, sans avoir diminué de volume, était moins mou; il parut que le sang commençait à s'y coaguler. Craignant que, par suite de l'intermittence de la compression, le traitement ne vînt à se prolonger, M. Mirault prit, ce même jour, le parti de recourir à la compression permanente. Elle fut appliquée avec le plus grand soin les 26, 27 et 28, pendant lesquels la tumeur devenait graduellement plus consistante. Le 29 au matin elle était dure et ses battements avaient disparu.

Le 1er juillet Gér..., que son traitement avait fatigué, demanda à retourner dans son pays. M. Mirault y consentit, après lui avoir appliqué un bandage roulé pour dissiper un léger engorgement du membre et lui avoir recommandé le repos. — Le 11 du même mois, il revint à Angers. On put constater alors que la guérison s'était maintenue et que la tumeur avait diminué très-notablement de volume.

*Obs. II.* Pierre A***, âgé de soixante-neuf ans, portant un anévrisme traumatique de l'artère humérale (suite de saignée), alla consulter M. Mirault cinq semaines après l'accident. A ce moment la tumeur avait le volume d'une pomme d'api, et M. Mirault y reconnut facilement les signes d'un anévrisme. Le 1er mai, jour de son entrée à la communauté Saint-Charles, la compression digitale indirecte fut appliquée pendant cinq heures, c'est-à-dire de quatre à neuf heures du soir. Le malade dormit la nuit suivante, mais son sommeil fut agité. Le lendemain 2 mai, la compression fut reprise à sept heures du matin; à deux heures de l'après-midi, l'anévrisme commençait à durcir; à sept heures du soir il ne présentait plus aucun battement. En examinant le membre, après la coagulation du sang dans le sac, M. Mirault reconnut que les pulsations de l'artère humérale existaient dans toute son étendue et même au côté interne de la tumeur; et que celles de la radiale qui, avant le traitement, étaient faibles, comparativement à celles de la même artère du côté opposé, avaient repris leur force normale. — Sorti de la communauté le 10 mai, A*** y revint le 21 du même mois. L'anévrisme était en voie de résolution et tout annonçait que le succès serait définitif.

---

**Gengivite** *des tailleurs de cristal et de verre, maladie non encore décrite.* M. le docteur Putégnat, de Lunéville, a observé sur les ouvriers tailleurs de cristal et de verre de l'usine de Baccarat une maladie particulière, entièrement inconnue et dont il nous a paru intéressant de mettre la description sous les yeux de nos lecteurs. Une affection dégoûtante, peu grave par elle-même, dit M. Putégnat, mais pouvant avoir des conséquences fâcheuses, est si commune dans certaines tailleries, que, sans crainte d'aucune exagération, nous pouvons affirmer que si tous les ouvriers qui travaillent dans ces ateliers n'en présentent pas des traces, 95 sur 100 en sont atteints à un assez haut degré. L'homme le mieux constitué, le plus robuste, n'importe son tempérament, celui dont le teint est vermeil, qui, sous les autres points de vue, jouit d'une heureuse santé, qui ne commet aucun excès, qui est sobre, bien nourri, sainement logé, dans l'aisance, qui ne chique ni ne fume, celui-là n'est pas plus à l'abri de cette maladie des gencives, que l'ouvrier chétif, anémique, lymphatique, débauché, pauvre, mal nourri, misérablement logé et qui fait un usage excessif du tabac. Il suffit pour cela qu'ils soient l'un et l'autre tailleurs de cristal à Baccarat. Au bout d'un séjour de trois mois dans la taillerie, ils offrent des traces de cette maladie; au bout de six mois, ils en présentent des symptômes incontestables. Voici les principaux traits de son histoire.

L'affection commence en général, et est plus grave à la mâchoire supérieure. La muqueuse rougit, bientôt sa nuance devient d'un bleu noirâtre, elle est d'autant plus foncée qu'elle se rapproche des bords dentaires. Cette couleur forme des espèces d'arcades qui représentent les alvéoles. Ce n'est pas celle que l'on rencontre sur les gencives des ouvriers qui travaillent le plomb. Les gencives se tuméfient, surtout vers leur bord dentaire, lequel forme un bourrelet en festons. Elles ne fournissent que rarement du tartre et encore en petite quantité, mais une sécrétion acide qui, s'échappant de leur bord libre, ne tarde pas à altérer l'émail des dents. De là vient que la face antérieure ou externe des dents, surtout des incisives et des supérieures, dans sa partie qui avoisine la gencive, se montre d'abord inégale, puis piquée de points noirâtres, d'un noir sale. Cette couleur indique la nécrose de la partie osseuse de la dent, par suite de la destruction de l'émail. Arrivée à ce degré d'altération, la dent s'use à son collet, spécialement de dehors en dedans, par la carie, puis finit par se briser au niveau de l'alvéole. Ainsi, chez ces ouvriers, les dents, contrairement à ce qui a lieu dans le scorbut et certaines gengivites, par suite du retrait de la gencive et de l'altération de la muqueuse intra-alvéolaire, ne se déchaussent pas, ne s'ébranlent pas et ne tombent point, mais se cassent au niveau des alvéoles. Après la brisure des dents, les gencives persistent à

être malades. Autour des chicots, elles offrent un état légèrement mollasse et sanieux, qui rend l'haleine fade, nauséabonde, parfuis à un tel degré que l'atmosphère des tailleries présente une odeur repoussante.

Cette gengivite ne produit ni de la chaleur, ni des hémorrhagies, ni de la démangeaison et nulle douleur au toucher et pendant la mastication; aussi la plupart des ouvriers, quoique l'ayant depuis de longues années, ignorent ils leur affection.

Parmi les principales causes auxquelles doit être attribuée cette affection, M. Putégnat signale l'état hygrométrique des tailleries, qui donne toujours de 15 à 20 degrés d'humidité de plus que l'air extérieur; ce qui l'a conduit à proposer comme préventifs divers moyens d'aération et de chauffage appropriés aux dispositions locales de l'atelier.

Quant au traitement médical proprement dit, il consiste en gargarismes toniques et astringents; la dissolution de sulfate d'alumine et de potasse, celle de chlorate de potasse, employées aussi en gargarismes, sont très-efficaces.

---

**Inoculations multipliées.** *Leur influence sur la marche des accidents consécutifs de la syphilis constitutionnelle.* M. le docteur Melchior Robert a communiqué à la Société de médecine de Marseille les résultats d'un certain nombre d'inoculations *multipliées* qu'il a pratiquées dans le but de combattre les accidents consécutifs de la syphilis constitutionnelle.

Un petit nombre de chancres, suppurant très-abondamment et très-longtemps, dit M. Robert, peuvent sans le secours des mercuriaux faire disparaître l'induration chancreuse et des manifestations syphilitiques consécutives plus ou moins graves. Les inoculations multiples modifient très-rapidement les phénomènes secondaires ainsi que les douleurs et les malaises liés aux périodes de transition et tertiaires.

Sous l'influence d'un certain nombre d'inoculations (l'auteur n'a pas dépassé le chiffre de 56), des accidents de transition et tertiaires (ecthymas, gommes suppurées et non suppurées, tubercules cutanés, ostéites, vastes ulcères tertiaires récidivés plusieurs fois et réfractaires au traitement iodhydrargyrique), disparaissent avec autant et plus de rapidité qu'avec l'administration des spécifiques

En faisant les inoculations, on peut, dans le but de ménager le nombre des cicatrices, mettre à profit, en les transformant directement en chancres, les pustules et les ulcérations secondaires ou tertiaires, pourvu qu'elles ne soient pas trop étendues.

Les inoculations multiples impriment à l'économie des sujets atteints de la syphilis une modification telle, que des accidents jusque-là réfractaires à l'emploi des spécifiques deviennent, après qu'on les a pratiquées, très-sensibles aux moindres doses de médicament.

Si, après avoir cessé les inoculations multiples, de nouveaux accidents constitutionnels apparaissent, leur apparition n'est, le plus souvent, qu'éphémère, et, dans les cas où les accidents persistent, la moindre petite dose de mercure ou d'iodure de potassium, selon leur nature, les guérit en peu de temps.

Chez les vérolés qui ont pris du mercure à haute dose et longtemps, les inoculations, quelle que soit la qualité du virus employé, ont peu de tendance à développer des chancres, ou, si elles réussissent, les ulcérations suppurent peu et s'éteignent en peu de jours.

Le pus d'un chancre induré, qui ne serait pas directement inoculable à un individu atteint de syphilis, peut le devenir en passant par un intermédiaire exempt de vérole constitutionnelle.

Le pus de chancre induré est, dans certains cas, inoculable de vérolé à vérolé, et peut conséquemment être mis à profit dans la pratique des inoculations curatives.

Le virus qui a déjà servi à inoculer un individu plusieurs fois s'épuise et reste, à un moment donné, sans action sur lui; mais il peut communiquer à d'autres des chancres très-actifs.

Le pus d'ecthyma, inoculé avec la lancette au malade qui le porte et à des malades exempts de vérole constitutionnelle, reste souvent sans action.

Telles sont les propositions dans lesquelles M. Robert résume les faits qu'il a constatés. De ces faits il déduit les corollaires pratiques suivants:

Les inoculations multiples peuvent être employées comme moyen de traitement contre la syphilis constitutionnelle récente; on doit les mettre à profit contre les accidents constitutionnels anciens et réfractaires.

Les inoculations multiples sont un

adjuvant précieux du traitement iodhydargyrique ; mais pour en retirer quelques avantages, il faut ou qu'on les fasse précéder ce traitement, ou qu'on ne les mette en pratique que longtemps après qu'il a été administré. Dans ce dernier cas, si elles ne réussissent pas complétement, la réussite est presque assurée aux moyens spéciaux qui avaient d'abord échoué.

Nous reproduisons toutes ces propositions, non sans de très-grandes réserves, quelle que soit notre confiance d'ailleurs dans le talent d'expérimentation et l'esprit d'observation de M. Melchior Robert. Elles ont déjà été le sujet de nombreuses et graves objections de la part de plusieurs membres de la Société de médecine de Marseille. Aussi n'est-ce qu'à titre de question à l'étude que nous appelons sur ces faits l'attention de nos lecteurs (*Bulletin de la Société de médecine de Marseille*, 1859.)

---

**Massage** (*Douleur musculaire très-ancienne guérie rapidement par le*). Un homme âgé de soixante-deux ans ressentit en fauchant, et pendant qu'il faisait le mouvement de ramener la faux en avant, une vive douleur à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, douleur qui l'obligea à s'arrêter. Il continua néanmoins ses rudes travaux des champs pendant plus de deux mois, mais sans que la douleur fût calmée. Loin de là, elle était devenue tellement intolérable, qu'il dut cesser et se décida à entrer à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Nonat, où on lui appliqua un vésicatoire *loco dolenti*. Il n'en éprouva qu'un soulagement momentané. Plus tard, à l'hôpital Necker, il fut traité par la cautérisation transcurrente, sans plus de succès. Plus tard encore, à l'Hôtel-Dieu, il fut traité par les bains sulfureux et puis par les injections sous-cutanées d'atropine. Même insuccès. Rentré à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Briquet, on le soumit à la faradisation. Il en éprouva du soulagement et fut envoyé à la maison de convalescence de Vincennes. A sa sortie de cet établissement, comme les douleurs étaient aussi fortes que dans le principe, il revint une troisième fois à la Charité, où il fut admis dans le service de M. Piorry. Les douleurs étaient telles alors que le malade ne pouvait pas remuer le membre, les mouvements imprimés lui arrachaient des cris. Des vésicatoires morphinés, des injections de sulfate d'atropine n'ont pas de meilleurs résultats que précédemment. M. Piorry, voyant l'inutilité de tous ces moyens, eut l'idée d'essayer le massage. Le membre étant fortement porté dans l'adduction, en même temps qu'on lui imprimait un mouvement de rotation en dehors, de façon que les muscles droit interne et grand adducteur fussent tendus et fissent saillie sous la peau, M. Piorry frappa à plusieurs reprises et assez violemment au niveau de la partie douloureuse avec le bord cubital de la main; puis il pétrit avec une certaine force la partie qui venait d'être frappée. Ces mouvements, rapidement exécutés, firent jeter des cris au patient; mais immédiatement après, il constata que les mouvements naguère impossibles pouvaient s'effectuer presque librement, et le lendemain il réclama lui-même le massage. Le massage fut répété cinq fois. Les jours suivants le mieux continua. Les douleurs n'ont pas reparu depuis, et le 7 mars le malade demanda sa sortie. (*Gazette des hôpit.*, avril 1860.)

---

**Névrose** *convulsive épidémique* (*Nouvel exemple d'une*). On connaît l'histoire de ces névroses convulsives épidémiques qui ont fait tant de bruit à certaines époques. Moins communes de notre temps et surtout dépouillées du merveilleux dont elles étaient alors environnées, ces sortes d'épidémies se montrent encore de loin en loin, si l'on peut donner ce nom toutefois à un petit groupe de cas manifestement liés entre eux par une étiologie commune. Voici un exemple d'une de ces petites épidémies de névrose convulsive circonscrite, qui a été observée par M. le docteur d'Eggs à l'école normale des instituteurs primaires à Strasbourg.

M. d'Eggs raconte que le 8 janvier dernier il fut appelé pour l'élève L***, qui venait d'être pris de symptômes très-alarmants. Ce jeune homme, de constitution robuste, sage et laborieux, avait été subitement frappé d'une attaque caractérisée par la perte de connaissance, le faciès vultueux, cris aigus, mouvements violents et incessants des membres supérieurs et inférieurs, inspirations rares, spasmodiques, dilatant considérablement le thorax, menace d'asphysie, pouls dur, développé, à 120, peau chaude et sudorale. L'agitation du malade, qui permet à peine de le retenir dans son lit, s'oppose à un examen plus détaillé. Crai-

gnant l'invasion d'une méningite grave, M. d'Eggs prescrivit une saignée de 700 grammes, applications de compresses froides sur la tête, sinapismes aux mollets ; potion laudanisée. Le calme revint progressivement, la respiration était moins laborieuse, et L*** reprit connaissance à onze heures du soir. — A trois heures du matin, mêmes symptômes, douleur précordiale vive (nouvelle saignée du bras, vingt ventouses scarifiées sur le thorax) ; amélioration prompte. — M. le professeur Forget, appelé le 9 au matin, trouva le malade dans un état paisible, mais affaissé. L'intelligence était nette et la respiration libre. Le pouls était à 90, assez souple ; l'examen du thorax ne révélait rien de particulier dans les bruits des poumons et du cœur. Le tube digestif était à l'état normal. Urines supprimées depuis l'invasion. Inclinant aussi vers l'idée d'une affection cérébro - spinale, M. Forget conseilla, d'accord avec M. d'Eggs, des vésicatoires aux cuisses, la continuation des réfrigérants et de l'opium. (On verra plus tard, par la marche des phénomènes, qu'il ne s'agissait en réalité que d'une névrose.) Plusieurs attaques moins graves que la première eurent lieu dans la journée (onctions mercurielles sur le cuir chevelu, ventouses sur la région précordiale, potion opiacée). A dater de ce moment, les accès furent plus rares et plus faibles ; la convalescence s'établit définitivement vers le cinquième jour.

Depuis plus de trois semaines, le malade avait quitté l'école, lorsqu'un autre élève, H***, du même dortoir, fut pris d'accidents semblables, mais moins intenses : dyspnée spasmodique, agitation violente, fourmillements très-douloureux des extrémités, peu de troubles cérébraux. Deux accès furent réprimés par la saignée et l'opium.

Quelques jours plus tard, le 16 février, un troisième élève, M***, du même dortoir, fortement constitué, comme les deux précédents, fut pris des mêmes accès, qui se répétèrent plusieurs fois dans l'espace de deux jours, et cédaient, comme chez ses prédécesseurs, aux saignées et à l'opium.

Le lendemain 17, se présenta un quatrième malade, R***, se plaignant de gêne de la respiration. (Douze ventouses pectorales.) Nuit agitée, insomnie.

Le 18, les trois élèves précédents, H***, M*** et R***, sont repris, en même temps, de spasmes thoraciques violents, de douleurs aiguës avec fourmillement des extrémités, ne dépassant pas les coudes et les genoux ; cris, agitation incessante. (Potion opiacée.)

Le même jour, un élève nouveau éprouvait des phénomènes nerveux initiaux, dont sa ferme volonté et quelques calmants ont paru empêcher l'explosion.

Voyant la maladie se propager ainsi, on opposa à cette sorte de contagion à laquelle l'influence morale et peut-être l'imitation n'étaient pas étrangères, le seul remède efficace, l'évacuation du dortoir et la dispersion des élèves. Ils ne furent rappelés qu'assez longtemps après, le 13 mars. Depuis ce moment, on a observé encore chez quatre malades quelques phénomènes nerveux très-légers, dont la médication sédative a fait prompte justice.

**Ophthalmies** *provoquées et entretenues par le travail de la première et de la deuxième dentition.* Les accidents qui apparaissent du côté des yeux, à l'époque de la première et de la deuxième dentition, ont un caractère général commun, malgré les différences dans les conditions organiques qui président à l'évolution dentaire à ces deux époques. Ce caractère commun est la tendance à la récidive, ou plutôt la répétition de la même maladie aux diverses périodes de l'évolution dentaire. M. Tavignot voit dans ces accidents morbides, abstraction faite des formes diverses qu'ils peuvent affecter, et soit qu'ils dépendent de la première et de la deuxième dentition, une origine semblable, un point de départ toujours le même. C'est dans tous les cas, pour lui, une névralgie ciliaire provoquée par le travail d'évolution dentaire, et lié par conséquent à son activité plus ou moins grande.

M. Tavignot distingue trois formes dans les différents états morbides des yeux nés sous l'influence de la dentition : 1° lésion d'innervation ; 2° lésion de circulation ; 3° lésion de nutrition.

1° Lésion d'innervation. — L'enfant est photophobe à un degré très-prononcé, bien que tous les tissus de l'œil soient à l'état normal. Cette photophobie essentielle, ou plutôt symptomatique de la névralgie ciliaire, constitue toute la maladie.

2° Lésion de circulation. — C'est sous la forme de conjonctivite avec injection plus ou moins développée,

de conjonctivite avec sécrétion muqueuse, et même de conjonctivite avec sécrétion puriforme, que se montre la lésion de circulation provoquée par la névralgie ciliaire.

3° Lésion de nutrition. — C'est sur la cornée qu'elle porte exclusivement, tout en se manifestant sous des formes distinctes de kératites.

Pour le traitement, il importe dans tous les cas de constater deux choses : l'état de l'éruption dentaire et les caractères de l'ophthalmie concomitante.

Dans la photophobie essentielle, c'est-à-dire sans autre lésion qu'une légère injection oculo-palpébrale, il faut s'abstenir de toute espèce de collyres irritants, tels que ceux au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, etc., qui, loin de favoriser la guérison, aggravent la maladie, en provoquant des complications du côté de la conjonctive et de la cornée. Il faut se borner : 1° à appliquer sur les yeux, pendant une heure le matin et une heure le soir, une compresse imbibée d'une solution aqueuse de belladone (4 grammes pour 125 grammes d'eau distillée); 2° à faire prendre trois cuillerées à dessert par jour de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Julep gommeux...... | 125 grammes. |
| Sulfate de quinine..... | 50 centigr. |

Dans la conjonctivite, avec ou sans sécrétion, M. Tavignot met ordinairement en usage le collyre suivant :

| | |
|---|---|
| Pr. Eau distillée..... | 125 grammes. |
| Sulfate de cadmium.. | 75 centigr. |

à instiller trois fois par jour dans les yeux.

Il insiste, en outre, sur l'usage de légers purgatifs répétés tous les cinq jours; une décoction de séné mêlée par parties égales au café au lait, par exemple.

Dans la kératite, enfin, il ne faut jamais perdre de vue ce point essentiel de son histoire, à savoir : que les épanchements plastiques intra-lamellaires se résorbent dans le jeune âge avec une rapidité extrême, et que les ulcérations de la cornée guérissent très-rapidement sous l'influence d'un collyre au chlorure de sodium : 15 grammes pour 125 grammes d'eau distillée. On devra, par conséquent, se borner à agir de temps en temps sur le tube intestinal par les purgatifs, sur la peau circum-orbitaire par l'usage d'un emplâtre permanent, sur les fosses nasales en faisant priser un mélange pulvérulent composé de : poudre d'iris, 15 grammes; calomel, 4 grammes; camphre, 2 grammes. (*Union méd.*, avril 1860.)

---

**Sulfure d'antimoine** *dans le traitement de différentes maladies du cœur.* On sait que le sulfure d'antimoine naturel, porphyrisé et lavé, tel enfin qu'il se trouve dans toutes les officines, contient une quantité indéterminée d'arsenic. Est-ce à l'arsenic qu'il contient, et dont on connaît l'action modificatrice sur le système nerveux, qu'il faut attribuer les bons effets du sulfure d'antimoine? Est-ce à l'antimoine doué d'une propriété sédative et antiphlogistique également bien connue, ou à l'action combinée de ces deux agents? C'est là ce qu'on ne pourrait déterminer que par des expériences comparatives nombreuses faites dans des circonstances analogues. Quoi qu'il en soit, l'expérience a démontré que le sulfure d'antimoine porphyrisé et lavé peut rendre de très-grands services dans quelques maladies du cœur. En voici un exemple remarquable, qui a d'autant plus de valeur à nos yeux, qu'il a à la fois pour sujet et pour observateur la même personne, M. le docteur Fauconnet, de Lyon, qui raconte en ces termes sa propre observation :

Je souffrais du cœur, dit notre confrère, depuis l'âge de dix-huit ans; cette affection m'était survenue à la suite d'un violent effort, et elle fut ensuite accrue et entretenue par les causes morales si vives à cet âge... Pendant quinze ans, j'ai usé et abusé, sans aucun résultat, des saignées, des sangsues, bains, digitale, eau pour boisson, alimentation modérée, etc. Ayant, vers l'âge de vingt-quatre ans, été atteint d'une fièvre paludéenne, je fis, pour m'en débarrasser, tout ce qu'il était possible, mais je vis bientôt se joindre à la fièvre des douleurs gastralgiques qui me rendirent l'existence fort pénible. Plus de vingt-cinq ans après, malgré mon éloignement du lieu de contamination, j'avais toujours des douleurs d'estomac, des accès de fièvre, et la maladie de cœur n'était pas modifiée. C'est à l'âge de cinquante ans, et contre ces interminables accès de fièvre que je résolus d'employer le sulfure d'antimoine, et je ne tardai pas à en apprécier les heureux effets. Je constatai d'abord, dès le second jour, que ce que je redoutais le plus pendant l'emploi de cette médication, l'aggravation des douleurs gastralgiques, n'avait point lieu; ces douleurs se trouvaient, au

contraire, amoindries. Cette douleur si constante et si importune avait diminué. La fièvre ne tarda pas à se modérer, puis cessa pour ne plus reparaître. Enfin les douleurs du cœur, les palpitations eurent, après quelques jours, un commencement de décroissance, mais elles furent plus longtemps à s'éteindre. C'est en persistant pendant deux mois dans l'emploi de cette médication que j'ai pu retrouver une santé satisfaisante, après en avoir été privé pendant trente ans.

M. Fauconnet rapporte ensuite l'histoire d'un cas de névrose du cœur, d'un cas d'endocardite rhumatismale et hydro-péricardite, d'un cas de névrose rhumatismale du cœur avec concrétions sanguines de formation récente, tous trois guéris par le sulfure d'antimoine. (*Gazette méd. de Lyon*, mai 1860.)

---

**Tétanos traumatique** *guéri par le tartre stibié à hautes doses.* Les succès obtenus dans la chorée par l'emploi du tartre stibié à hautes doses, dites de tolérance, c'est-à-dire les plus hautes que le malade puisse supporter sans vomissements ni diarrhée, ont engagé M. le docteur Cornaz, de Neufchâtel (Suisse), à recourir à ce moyen dans le traitement du tétanos traumatique; cet essai a été couronné de succès, et nous avons rapporté dans le temps la relation de la guérison obtenue par notre confrère. Depuis, il a eu l'occasion de traiter de la même manière un nouveau cas de tétanos qui a eu un résultat aussi heureux. Voici ce nouveau fait :

Un homme de soixante-trois ans, Philippe G***, agriculteur, fut pris, le 3 octobre, de violentes douleurs dans la main gauche, et spécialement au doigt médius, et ce ne fut que le 15 qu'il se décida à aller consulter un médecin, qui l'adressa à l'hôpital Pourtalès, où M. Cornaz constata ce qui suit : le médius de la main gauche était atteint de gangrène étendue jusque près de son articulation métacarpo-phalangienne.

Le 12 novembre suivant, le doigt était complétement desséché. Le 16, de légères tractions suffirent pour le détacher. Le lendemain 18, le malade accusa de la roideur dans les muscles masticateurs, et on remarqua qu'il ne pouvait pas bien ouvrir la bouche. M. Cornaz prescrivit aussitôt le tartre stibié à la dose de 1/2 grain toutes les heures et demie. Cette médication provoqua sept selles, mais pas de vomissements, jusqu'au lendemain matin 19. Le malade avait toujours la même difficulté à ouvrir la bouche, et se plaignait, en outre, de roideur dans les muscles de la nuque ; le pouls était à 84. De ce jour au lendemain, il n'y eut que trois évacuations alvines.

Le 20 au matin, le trismus était extrêmement prononcé, et le malade ne parlait que difficilement. On rapprocha les doses de tartre stibié (1/2 grain toutes les heures). Néanmoins, le lendemain 22, il était plus mal encore, tous les symptômes ayant augmenté d'intensité. — Le 23, il accusait une légère amélioration, la roideur du cou avait diminué. En revanche, le contact du tartre stibié avait déterminé à l'arrière-bouche de vives douleurs. M. Cornaz fit faire alors 24 pilules avec 16 grains (80 centigrammes) de tartre stibié, à prendre toutes les heures et demie. Le 25, l'état du malade étant empiré encore, et la constriction des mâchoires ne lui permettant plus d'avaler des pilules, on lui fit prendre toutes les heures et demie une cuillerée à café d'une solution de 8 grains (40 centigrammes) de tartre stibié dans 60 grammes d'eau distillée. Il fallut encore renoncer à ce dernier moyen d'administrer l'émétique, qui déterminait des douleurs excessives au fond de la bouche, avec retentissement dans les oreilles, et prescrire un looch au chlorate de potasse.

Le surlendemain, le tétanos faisant des progrès, mais l'état de la bouche étant amélioré sous l'influence du chlorate de potasse, on revint de nouveau au tartre stibié (40 centigrammes pour 60 grammes d'eau toutes les heures et demie), tout en continuant le chlorate de potasse.

Le même traitement fut continué jusqu'au 2 décembre. Des douleurs de ventre ayant été accusées à cette époque par le malade, on supprima le tartre stibié, auquel il ne fut plus nécessaire d'ailleurs d'avoir recours, les symptômes tétaniques ayant diminué graduellement à dater de ce moment.

Cette observation est remarquable par la persévérance avec laquelle il a fallu insister sur la médication stibiée ou varier les formes d'administration, et par l'heureux résultat de sa combinaison avec le chlorate de potasse qui, en atténuant ses effets fâcheux, a permis d'en prolonger l'usage beaucoup plus longtemps qu'on n'aurait pu le faire sans cet adjuvant. (*Echo médical*, 1860.)

# VARIÉTÉS.

## ENQUÊTE SUR LA VALEUR DES JAMBES ARTIFICIELLES DESTINÉES AUX AMPUTATIONS SUS-MALLÉOLAIRES.

Lettre à M. le docteur Michaux, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Louvain, par le docteur Debout.

### I. Appareils prenant leur point d'appui au bassin.

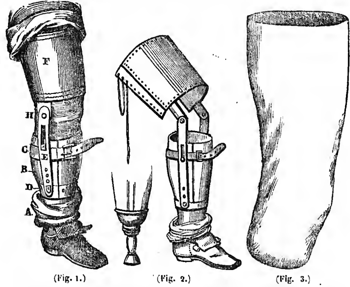
Une question importante, dont la solution est toujours à l'étude, est celle des services que les appareils prothétiques peuvent rendre aux mutilés qui ont perdu la partie inférieure de la jambe. Malgré les travaux spéciaux publiés sur ce point de chirurgie pratique, la vérité est loin encore de s'être produite dans tout son jour. J'en trouve une preuve nouvelle dans la lecture que vous venez de faire à l'Académie de médecine de Belgique. Dans ce savant travail sur *les diverses amputations de la jambe*, après avoir démontré qu'on devait tout tenter pour faire marcher les amputés du pied sur leur moignon, vous terminez votre mémoire en rejetant presque l'amputation sus-malléolaire. N'est-ce pas rejeter cette opération que de formuler la conclusion suivante : « L'amputation sus-malléolaire convient seulement aux personnes âgées, faibles, qui, par leur état ou leur position sociale, peuvent aisément se procurer un bon membre artificiel et qui tiennent à conserver, malgré l'amputation de la jambe, la forme à peu près normale du membre? » Ainsi, malgré le danger plus grand que fait courir aux malades l'amputation au lieu d'élection, vous n'hésitez pas à la préférer à l'amputation au tiers inférieur pour les jeunes sujets et les prolétaires.

Ce jugement est celui que M. Velpeau formulait en 1839 dans son *Traité de médecine opératoire*, et qu'il rappelait en 1841 dans son rapport à l'Académie de médecine sur le mémoire de MM. Arnal et Ferd. Martin. Je pensais que les nombreux exemples des services rendus depuis cette époque par les nouveaux appareils avaient conduit les chirurgiens à ne plus faire de différence entre les malades riches et ceux qui sont déshérités de la fortune. Je vois avec regret qu'il n'en est rien encore et que l'on sacrifie toujours, comme au temps d'Ambr. Paré, les principes de la médecine à la facilité de faire marcher commodément ses malades. Cette importance prise par la prothèse, dans la question des amputations de la jambe, m'a conduit depuis longues années à ne laisser échapper aucune occasion de me convaincre de l'utilité des membres artificiels; car de la solution de ce point dépend le retour des chirurgiens aux principes essentiellement conservateurs de leur art. J'ai donc pensé que vous accueilleriez avec intérêt les résultats de mon enquête à l'égard de ceux des mutilés qui doivent pourvoir aux besoins de leur vie par un labeur quotidien.

Avant de vous exposer les faits qui, à mes yeux du moins, ne permettent plus de sacrifier les intérêts les plus sacrés de l'humanité à une question de mécanique et d'industrie, je dois vous dire quelques mots des divers modèles de membres artificiels qui nous sont livrés par nos fabricants d'appareils.

En 1696, un savant chirurgien hollandais, Verduin, dotait l'art d'un modèle de jambe artificielle qui remplissait les conditions principales du problème mécanique. Cette jambe (fig. 1 et 2) se composait d'un pied de bois A, sur lequel étaient fixées deux attelles d'acier montant jusqu'au niveau de l'articulation du genou. Une botte en cuivre B emboîtait le moignon et était rivée sur les attelles jambières D. Un cuissart F, dont la partie antérieure embrassait

la partie moyenne de la cuisse, venait s'articuler par ginglyme avec les attelles jambières H. Un bas en peau de chamois (fig. 3) enveloppait le moignon et remontait jusqu'à la partie supérieure de la cuisse ; maintenu par le cuissart, il tenait le moignon suspendu. Enfin, pour mieux protéger la cicatrice, un coussin mou était placé au fond de la botte métallique.




(Fig. 1.) (Fig. 2.) (Fig. 3.)

L'appareil de Verduin reposait, comme on le voit, sur ce principe excellent, qu'il fallait chercher un point d'appui sur le segment du membre supérieur à celui qui avait subi la mutilation, au lieu de le prendre sur les condyles du tibia et autour du genou, comme l'avait fait son compatriote Van Sollingen. Malheureusement Verduin s'occupait surtout dans son mémoire d'une question de médecine opératoire, l'amputation à lambeau, et, croyant fournir un argument de plus à l'appui de la méthode qu'il créait, ainsi que de son appareil prothétique, il disait : « L'avantage du gros lambeau de chair est que le malade peut s'appuyer sur le moignon et même marcher ferme à l'aide d'une jambe artificielle, ce qu'on ne saurait faire sans douleur lorsque l'amputation a été pratiquée par l'ancienne méthode. » Comme il n'arrive que trop souvent, Verduin, en exagérant les avantages de son appareil, devait fournir matière à un argument qui n'a que trop de puissance, puisqu'il suffit de relever ces exagérations pour repousser les meilleurs enseignements.

Louis, dans son rapport à l'Académie de chirurgie, méconnaissant la portée des enseignements fournis par Verduin, repoussait et la méthode et l'appareil. Après avoir rapporté le passage que nous venons de citer, le célèbre chirurgien ajoutait : « Une pareille exagération ne tire pas à conséquence de la part d'un auteur, dont le faible est d'insister sur le mérite de son invention. » Rappelant ensuite la disposition des condyles du tibia, il ajoute : « Le volume de la partie supérieure du tibia permet d'ajuster la machine de façon qu'elle donne sous l'apophyse de cet os un point d'appui circulaire, sur lequel le poids du corps pourra être soutenu. »

On sait la puissance qu'avait à cette époque le principe d'autorité. Le jugement porté par Louis fait abandonner l'appareil de Verduin pour revenir à celui de Van Sollingen. Tous les chirurgiens du dix-huitième siècle, ceux d'Italie et ceux d'Angleterre, comme ceux de la France, à partir de Ravaton, s'efforcent de faire marcher leurs amputés avec des appareils prenant leur point d'appui autour du genou. Aucune de ces bottines, malgré leurs formes variées, n'est entrée dans la pratique, et même plus d'un siècle se passe en tentatives infructueuses.

En 1826, le professeur Serre (de Montpellier), revenant au principe de Verduin, propose bien une nouvelle jambe artificielle, prenant son point d'appui à la partie moyenne de la cuisse. Mais, ainsi qu'il arrive trop souvent lorsqu'il s'agit de faire prévaloir une idée, il a fallu exagérer la valeur du principe pour le mieux faire comprendre et parvenir à le faire admettre.

L'on sait comment notre sagace confrère, M. Goyrand, fut amené à ouvrir une ère nouvelle dans la construction des membres artificiels, en transportant le point d'appui au bassin; ce progrès devait faire entrer désormais les appareils prothétiques dans la pratique courante, surtout pour les amputés à la partie inférieure de la jambe.

En 1831, M. Goyrand (d'Aix) a l'occasion de pratiquer une amputation sus-malléolaire chez un tuberculeux, dont l'état diathésique s'améliora sous l'influence de l'opération. Peu de temps après, trois nouveaux cas analogues se présentent à son observation, et la rapidité de la cure, ainsi que l'amélioration des lésions concomitantes de l'affection du pied, appellent l'attention de ce sagace chirurgien sur la question de prothétique. Ses malades guéris, il fallut les faire marcher le plus commodément possible; M. Goyrand rejeta tous les modèles de bottines créés depuis Ravaton ; il avait compris que les tiraillements auxquels le moignon était soumis dans ces sortes d'appareils ne pouvaient que contondre ou déchirer la cicatrice. Témoin du bon résultat fourni par une jambe artificielle que portait une demoiselle de Brignolles, amputée au lieu d'élection, et dont l'appareil avait son point d'appui principal sur la tubérosité ischiatique, M. Goyrand résolut d'appliquer un appareil semblable à ses malades. L'ingénieux orthopédiste Mille, inventeur de ce membre artificiel, l'eut bien vite modifié pour servir aux amputations sus-malléolaires ; il lui suffit, en effet, de disposer la partie jambière de l'appareil de manière qu'elle embrassât et contînt exactement le long moignon de ces amputés. Le succès qui couronna ces tentatives fut si complet, que le malade de M. Goyrand put, avec sa jambe artificielle, « marcher, dit l'auteur, comme s'il avait eu ses deux jambes. »

M. Goyrand, ne voulant pas laisser perdre les résultats de cette conquête, publia, en 1835, un mémoire dans lequel il cherche à rendre à l'amputation sus-malléolaire la place qu'elle n'aurait jamais dû perdre dans la pratique chirurgicale. Puis, sachant toute l'importance de la question prothétique, il décrit et représente la forme et le mécanisme de la jambe de Mille.

M. Goyrand fit plus encore. Craignant que le travail qu'il publiait ne suffit pas pour sortir la pratique de sa routine, il vint à Paris afin d'éveiller la sollicitude de ses maîtres. Comme le précepte qu'il défendait était conforme aux principes de la science, il fut bien accueilli, et l'on ne tarda pas à se laisser convaincre. M. Velpeau, dont on trouve toujours le nom placé en tête de la liste de ceux qui les premiers ont accepté tous les progrès réels, M. Velpeau mit immédiatement en pratique l'amputation sus-malléolaire, puis son exemple ne tarda pas à être imité par Roux, Gerdy, Blandin, MM. Jobert, de Lamballe, Le-

noir. Enfin, les faits devinrent assez nombreux pour que les résultats en fussent appréciés par la statistique. MM. Arnal et F. Martin, dans un mémoire sur l'amputation sus-malléolaire, parvinrent à réunir 97 cas, et, sur ce nombre, ils constatèrent 87 succès. Cette statistique, qui fournissait seulement une mortalité d'un dixième, à la suite de l'opération pratiquée à la partie inférieure de la jambe, a paru exagérée à M. Velpeau [1], et le savant rapporteur a réduit à un sixième ou un septième la mortalité, à la suite de cette amputation.

En admettant même cette réduction, le principe du lieu d'élection posé par Ambr. Paré n'était plus acceptable, puisque la statistique a prouvé que l'amputation pratiquée à la partie supérieure de la jambe fait périr la moitié de ceux qui la subissent (2). Aussi tous les chirurgiens des hôpitaux civils de Paris ont-ils adopté le précepte formulé par M. Goyrand.

Les conditions hygiéniques si différentes de bon nombre des hôpitaux de nos provinces font que la mortalité, à la suite des grandes opérations, y est beaucoup moins considérable que dans ceux de Paris; aussi quelques-uns des chirurgiens placés à la tête de ces établissements n'ont-ils voulu tenir aucun compte de l'enseignement. L'un d'eux, répondant, il y a un mois à peine, à ma demande de renseignements sur ses propres essais de prothèse à la suite des amputations, n'hésitait pas à nier la valeur des progrès réalisés, et m'en donnait pour preuve l'impossibilité où il s'était trouvé de faire marcher un militaire qui avait subi une double amputation sus-malléolaire, ainsi que la dure nécessité où il s'était trouvé de céder aux pressantes instances de ce mutilé et de lui pratiquer deux nouvelles amputations au lieu d'élection.

Quelques faits analogues m'ont conduit à reprendre le tableau statistique de M. Arnal et à poursuivre son œuvre, car l'opération est entrée aujourd'hui dans la pratique courante de nos hôpitaux ; mais, si les chiffres se sont multipliés, les résultats sont restés les mêmes. Prenons comme exemple la pratique de M. Velpeau. Le célèbre chirurgien, qui, en 1841, figurait seulement pour 7 opérations sur le tableau de M. Arnal, a atteint aujourd'hui le chiffre de 30 amputations, sur lesquelles il compte 4 morts. L'un de ces insuccès devrait être rayé de cette statistique, car le malade était phthisique et a succombé à la marche de son affection tuberculeuse, et non aux suites de son opération. M. Nélaton nous cite 12 cas et un seul insuccès; M. Denonvilliers, 10 amputations et pas de mort; M. Lenoir, 42 cas, 6 morts; M. Robert, 13 cas, 2 morts; M. Michon, 24 cas, 3 morts; enfin, vous-même, qui, en 1841, n'avez fourni qu'un seul succès, en pouvez offrir aujourd'hui 8 sur 8 opérations. Ce résultat prouve donc que vous entendez seulement contester les services rendus par les appareils prothétiques.

Si je rappelle ici ces chiffres qui témoignent de la plus grande innocuité de cette opération, c'est qu'un certain nombre de confrères de province ne croient pas à une différence aussi tranchée dans les dangers offerts par les amputations pratiquées au lieu d'élection et au tiers inférieur de la jambe, faute de compter leurs résultats.

Un de nos collègues de la Société de chirurgie, qui longtemps a été chargé du service de chirurgie de l'hôpital d'une ville importante du Midi, m'écrivait ce qui suit :

« Pendant toute la durée de mon exercice chirurgical, j'ai pratiqué exclusi-

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, t. VII, p. 117.

(2) Suivant le professeur Malgaigne, 55 pour 100.

vement l'amputation de la jambe au lieu d'élection : le succès était la règle, les revers exceptionnels. Vous savez que, dans nos provinces, c'est une espèce de loi, et sur laquelle nous comptons. D'ailleurs, la position sociale de nos opérés, le prix trop élevé des appareils prothétiques, leur insuffisance peut-être chez l'ouvrier condamné à de pénibles travaux, m'avaient empêché de songer à l'amputation sus-malléolaire. Mes successeurs ont mieux fait que moi : ils ont pratiqué tour à tour les deux opérations, suivant les indications. A la suite de l'amputation au lieu d'élection, ils ont eu quelques revers ; mais, sur 15 amputations pratiquées à la partie inférieure de la jambe, ils ont obtenu 15 succès !

« En présence de ces résultats et de ceux constatés à Paris, le choix de la méthode ne peut rester incertain, surtout avec la perfection toujours croissante des appareils prothétiques. Je ne doute pas que vous n'arriviez facilement à nous rallier tous à votre manière de voir. Docteur Vial,

« Médecin de l'hôpital de Saint-Etienne. »

Un autre confrère, M. Busquet, chirurgien de l'hôpital de Laval, répondait à mon enquête par les renseignements suivants : « J'ai pratiqué 19 fois l'amputation de la jambe au lieu d'élection, et sur ce nombre je compte 8 morts, mes malades étant tous de pauvres ouvriers auxquels leurs ressources ne permettaient pas de se procurer des appareils d'un prix fort élevé. J'ai eu seulement deux fois l'occasion de pratiquer l'amputation à la partie inférieure de la jambe, et ces deux opérations ont été suivies de succès. »

Ainsi, toujours les mêmes résultats. Revenons donc à nos appareils prothétiques, puisque, dans cette question des amputations de la jambe, l'accessoire reste toujours le principal.

« Les vérités sont des coins qu'il faut faire pénétrer par le gros bout, » a dit Fontenelle. L'innocuité plus grande de l'amputation sus-malléolaire démontrée par des faits chaque jour plus nombreux, proclamée à la tribune de nos Académies, n'eût pas suffi à vulgariser cette opération sans la révolution que Mille était venu produire dans la construction des jambes artificielles. Ce n'est pas le moment de discuter s'il était d'une nécessité absolue que les nouveaux appareils prissent leur point d'appui principal au bassin. Cette innovation de M. Goyrand eut cela d'heureux, qu'elle fixa l'attention sur l'appareil de Mille, captiva la confiance des chirurgiens et provoqua par là de nouveaux essais, qui eurent pour résultat d'améliorer le modèle créé par le modeste orthopédiste d'Aix. Cet appel au concours d'autres fabricants était devenu indispensable par la mort de Mille, arrivée avant qu'il eût pu profiter des enseignements que devait lui fournir une plus large expérimentation.

La nouvelle jambe artificielle ne devait plus disparaître. Mille, en quittant Paris, avait chargé un de nos plus intelligents fabricants, M. Charrière, de la construction de son modèle. Et, d'un autre côté, un chirurgien orthopédiste des plus distingués, M. Ferd. Martin, cédant aux sollicitations de Blaudin, s'occupait de lui fournir un appareil qui permît à ses amputés de la partie inférieure de la jambe de marcher sans pilon.

Les premiers essais de M. Ferd. Martin ne furent pas heureux et auraient pu compromettre l'avenir de la question, s'il n'arrivait un moment où les fautes peuvent bien attarder le progrès mais non l'enrayer. Désireux de prévenir le heurt de la pointe du pied, pendant la marche, M. F. Martin tint relevée l'extrémité de son nouvel appareil prothétique ; il ne s'aperçut pas que, par cette modification, il transformait sa jambe artificielle en un *pilon*, et changeait les conditions de la statique du corps. Tandis que, avec le modèle de

Mille (d'Aix), les amputés pouvaient marcher avec le genou flexible, parce que l'axe du membre passait en avant de l'articulation qui unissait les attelles jambières et fémorales, comme on l'observe dans la position naturelle (fig. 4), M. Ferd. Martin, en tenant la pointe du pied artificiel relevée par l'action d'un ressort, forçait le mutilé à reposer exclusivement sur le talon, et repoussait l'axe du membre au niveau, sinon en arrière de l'articulation des attelles jambières et fémorales (fig. 5). Ses malades ne purent donc marcher avec le genou flexible, et il dut leur maintenir la jambe rigide à l'aide d'un verrou.

Dans un second essai, M. Martin tenta de rendre la flexion possible, en transportant au niveau de l'articulation le ressort dont son maître, Delacroix, garnissait les brodequins destinés aux enfants affectés de paralysie des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe. Ce modèle, présenté à l'Académie de médecine en 1836, ne méritait pas les éloges que lui accorda Blandin, et si le savant rapporteur s'était renseigné auprès de son collègue Goyrand, il eût appris de lui que l'amputé d'Aix marchait avec le genou flexible. Il eût cherché alors la cause qui s'opposait à ce que ses amputés de Paris marchassent aussi facilement, et, en la signalant dans son rapport, il eût évité à l'auteur qu'il jugeait quatre années de nouvelles recherches.

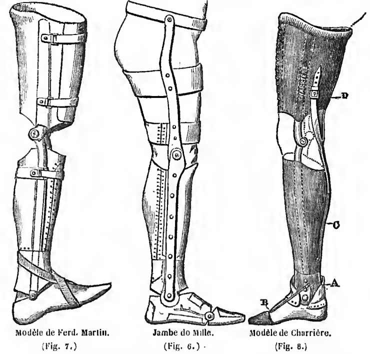
La modification qui devait rendre la mobilité au genou était des plus simples, et je suis étonné qu'un mécanicien aussi sagace que M. Martin soit resté si longtemps sans la trouver; il suffisait de reporter en arrière de l'axe du membre l'articulation des attelles jambières et fémorales. Le principe posé, le moyen était trouvé : est-ce que les ressorts qui maintiennent ouverte la capote de nos cabriolets ne présentent pas des articulations excentriques, afin d'offrir la plus grande résistance ?

M. J. Charrière, dans le mémoire qui accompagne les divers modèles de jambes artificielles qu'il a présentés à la Société de chirurgie, réclame pour son père le mérite d'avoir signalé le premier cette modification importante que réclamait la construction des appareils, afin de donner aux mutilés une plus grande solidité pendant la marche. « Je ne citerai à l'appui, dit M. J. Charrière, qu'un fait qui s'est passé au commencement de 1842, dans le service de M. le professeur Velpeau. L'éminent chirurgien avait commandé deux jambes, l'une à M. F. Martin, l'autre à mon père. Ces deux jambes furent essayées successivement par la malade elle-

(Fig. 4.)

(Fig. 5.)

même, à laquelle on laissa, bien entendu, le choix. L'essai fut fait publiquement dans l'amphithéâtre de la Clinique et à deux reprises, et le modèle construit par mon père fut préféré par la malade. Le ressort en batterie et la chaîne placée au niveau de l'articulation du genou furent un des motifs du rejet du modèle de notre compétiteur. Notre jambe était à articulation simple, légèrement excentrée. » Les remarques que nous avons présentées sur la facilité de la solution du problème mécanique ne nous permettent pas de repousser la revendication de M. Charrière Nous ferons toutefois remarquer qu'il doit y avoir là une erreur de date, à moins que l'épreuve dont parle M. J. Charrière n'ait eu lieu dans le courant de janvier 1842, car, le 15 février suivant, M. Ferd. Martin communiquait à l'Académie de médecine l'étude de « la disposition particulière de l'articulation du genou qui assure la station en épargnant les efforts musculaires : c'est le transport en arrière du centre de l'articulation. Il résulte de cette seule circonstance que, lorsque le membre est dans l'extension et que le poids du corps repose sur le genou, celui-ci tend de lui-même à se porter en arrière; mais les ligaments latéraux s'y opposent, sans que l'intervention des muscles soit nécessaire; de là une économie d'action de la part de ceux-ci (¹). »




Modèle de Ferd. Martin. (Fig. 7.) — Jambe de Mille. (Fig. 6.) — Modèle de Charrière. (Fig. 8.)

Quel que soit l'auteur de cette modification, c'est seulement à partir de cette amélioration que les modèles de la jambe de Mille livrés par M. Ferd. Martin,

(¹) Bulletin de l'Académie de médecine, t. VII, p. 477.

ainsi que ceux fournis par M. Charrière, permirent des expérimentations sérieuses. La figure 7 représente le modèle de M. Ferd. Martin; c'est toujours son premier essai, c'est-à-dire la pointe du pied relevée, plus l'articulation excentrique des attelles jambières et fémorales. Il en existe un second sans pied, destiné aux mutilés pauvres; il est semblable au précédent pour les autres parties de l'appareil.

Dans la jambe artificielle de M. Charrière, comme dans celle de Mille (d'Aix), le pied était conservé et les mouvements de flexion et d'extension de cette extrémité du membre étaient confiés à des ressorts élastiques. Dans le modèle présenté en 1856 à la Société de chirurgie (fig. 8), l'extension du pied est maintenue par l'action d'un muscle artificiel C qui, du talon A, va s'insérer à la partie postérieure et inférieure du cuissard D.

Ces modèles ne sont pas les seuls qui aient été expérimentés ; toutefois, afin de ne pas compliquer mon étude, vous me permettrez de vous rendre compte d'abord des essais tentés avec les appareils prenant leur point d'appui au bassin ; ce sont les plus nombreux. Nous verrons plus tard les résultats fournis par l'emploi des jambes prenant leur point d'appui à la cuisse, c'est-à-dire par le modèle de Verduin. Il nous sera possible alors de discuter la valeur pratique de chacun de ces appareils et de faire un choix.

(*La suite au prochain numéro.*)

---

MM. les professeurs Duméril et Lordat, ces deux illustres vétérans de l'enseignement, viennent d'être promus commandeurs de la Légion d'honneur. Le monde savant tout entier s'associera au légitime hommage que vient de leur rendre M. le ministre de l'instruction publique, dans les termes suivants :

*Rapport à S. M. l'Empereur.* — Sire, M. Duméril, membre de l'Institut, professeur honoraire au Muséum d'histoire naturelle, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, appartient à l'enseignement depuis cinquante-neuf ans. Il a eu, pendant sa longue carrière, l'honneur de suppléer Cuvier aux Ecoles centrales et Lacépède au Muséum, où il a occupé pendant trente-deux ans, comme titulaire, la chaire d'herpétologie et d'ichthyologie. En 1804, l'empereur Napoléon I^er^ le désignait pour accompagner en Espagne le baron Desgenettes, chargé d'y étudier la fièvre jaune. M. Duméril est, en outre, auteur de plusieurs ouvrages considérables qui lui ont acquis, à juste titre, les suffrages du monde savant.

Né vers la même époque que M. Duméril, M. Lordat est encore aujourd'hui, après cinquante-huit années d'enseignement, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier. Publiciste distingué, professeur éloquent, il demeure, à quatre-vingt-sept ans, le représentant le plus autorisé d'une école dont il personnifie les doctrines et dont il est la gloire.

J'ai l'honneur, sire, de proposer à Votre Majesté la promotion de MM. Duméril et Lordat au grade de commandeur dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur. Par leur caractère, par la valeur et la durée exceptionnelle de leurs travaux, ces deux professeurs justifient la haute distinction que je sollicite. Elle serait la consécration d'une vie toute de travail, qui peut servir d'exemple, et la juste récompense d'un dévouement que l'âge n'a point affaibli et dont la science et l'enseignement ont si largement profité.

---

Le Conseil d'hygiène vient de présenter au ministre du commerce et des travaux publics les deux listes suivantes pour pourvoir aux vacances des places

de médecins inspecteurs des Eaux-Bonnes et des eaux de Baréges.—Eaux-Bonnes: 1° M. Pidoux; 2° M. Crouseilhes; 3° M. Pressat. — Eaux de Baréges: 1° M. Lebret; 2° M. de Puisaye; 3° M. Caillat.

Deux nouvelles sociétés locales, agrégées à l'Association générale, viennent de se constituer: l'une à Chartres, pour le département d'Eure-et-Loir; l'autre à Niort, pour le département des Deux-Sèvres.

Un nouveau concours pour l'admission d'élèves aux Ecoles de médecine militaire doit s'ouvrir à Strasbourg le 26 septembre prochain, à Bordeaux le 8 octobre, à Toulouse le 11, à Montpellier le 14, à Lyon le 17, et à Paris le 28 dudit mois d'octobre 1860.

Sont admis à ce concours les élèves ayant 4, 8 et 12 inscriptions pour le doctorat dans l'une des trois Facultés de médecine, ou 4, 8 et 14 inscriptions dans une Ecole préparatoire de médecine et qui, suivant les trois catégories ci-dessus désignées, ont subi, avec la note *satisfait*, le premier, les deux premiers ou les trois premiers examens de fin d'année. Le troisième examen n'est valable qu'autant qu'il a été subi dans une Faculté de médecine. Pour les élèves des deuxième et troisième catégories, seront admises les notes obtenues aux examens de fin d'année qui présenteront la moyenne *satisfait*.

La Société médicale des hôpitaux a procédé au renouvellement de son bureau et de ses comités pour l'année 1860-1861. M. Hervez de Chégoin a été élu président, et M. Natalis Guillot, vice-président. Ont été réélus: secrétaire général, M. Henri Roger; secrétaires particuliers, MM. Hervieux et Woillez; trésorier, M. Bernard. Ont été nommés membres du Conseil d'administration: MM. Béhier, Grisolle, Guérard, Lasègue et Trélat; du Conseil de famille: MM. Barthez (Ernest), Bourdon, Hervez de Chégoin, Moissenet, Moreau (de Tours); du Comité de publication, MM. Bergeron, Bernard, Hervieux, Roger et Woillez.

Par un décret inséré au *Bulletin des Lois*, le cadre des médecins adjoints des asiles d'aliénés vient d'être ainsi fixé: 1re classe: quatre médecins adjoints (2,500 francs de traitement); 2e classe: six médecins adjoints (2,000 francs); 3e classe: nombre illimité (1,800 francs).

Le docteur Gromier, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, vient d'être nommé médecin en chef du lycée impérial de cette ville, en remplacement de M. Pointe, décédé.

M. le docteur Ygonin a été nommé médecin de la manufacture impériale de la même ville, en remplacement de M. le docteur Pointe.

A la suite d'une piqûre anatomique, M. Phillips vient de courir les plus grands dangers. Nous sommes heureux d'annoncer que notre honorable confrère est aujourd'hui en pleine convalescence.

M. le docteur Lélut, père du savant aliéniste, vient de mourir à Gy (Haute-Saône), à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. M. Lélut avait débuté par la médecine militaire.

*Erratum*. Une inversion commise dans l'impression de l'article de M. Despiney, publié dans notre dernière livraison, rend la fin de son travail inintelligible. — Page 412, après la phrase: « Dans les deux cas où j'ai observé.... » et avant la phrase suivante: « En résumé, je propose... » doit être intercalé tout le passage qui commence par: « En même temps que l'on administre la coquille d'huître,.... » et finit par cette phrase: « Lorsqu'on a cessé provisoirement... » Ainsi rétabli, ce passage pose les conditions indispensables de la réussite du médicament dans la *phthisie*, tandis que, par suite de l'inversion, elles paraissent se rapporter à la *scrofule*.

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Des vomitifs : du tartre stibié en particulier [1].

Par M. le professeur FORGET (de Strasbourg).

Les vomitifs sont des agents qui provoquent le vomissement par leur action propre et non par leur volume ou par le fait d'une irritabilité morbide de l'estomac. Certaines influences morales, l'excès des aliments et des boissons, toutes les substances portées dans l'estomac actuellement malade produisent le vomissement, mais ne sont pas des vomitifs.

Le vomissement est un acte laborieux qui comprend plusieurs éléments dont l'analyse peut seule donner une idée du mode d'action primitive et des effets thérapeutiques des vomitifs.

Le premier de ces effets est l'irritation qui seule peut expliquer les contractions du ventricule. Tous les vomitifs sont irritants, même ceux qui agissent, dit-on, par simple indigestion, comme les huiles. C'est par cette irritation, qui s'exerce tout d'abord sur la muqueuse et y détermine un mouvement fluxionnaire, que l'on explique l'effet dérivatif ou révulsif des vomitifs.

Le second phénomène du vomissement est le spasme ou la contraction des fibres musculaires de l'estomac, du diaphragme et des muscles abdominaux, spasme qui est la cause formelle du vomissement ; car l'irritation gastrique seule ne suffirait pas pour le produire. Il faut que cette irritation, de nature particulière, soit propagée au système musculaire. C'est par le spasme que le vomissement agit comme évacuant des matières contenues dans l'estomac, évacuation qui est le but qu'on se propose dans la plupart des cas, soit qu'il s'agisse d'expulser les prétendues saburres, la bile, quelque matière vénéneuse ingérée, ou simplement les matières alimentaires contenues dans l'estomac.

Un troisième effet est une hypersécrétion des mucosités gastriques, produit de l'irritation fluxionnaire. On suppose que l'activité sécrétoire peut s'étendre jusqu'à l'appareil hépatique et provoquer la sécrétion et l'excrétion biliaires ; mais cet effet peut aussi bien être le produit des secousses imprimées aux viscères abdominaux. C'est par la sécrétion muqueuse, plus ou moins abondante, que s'explique

[1] Cet article est extrait d'un nouvel ouvrage de notre savant collaborateur, intitulé : *Principes de thérapeutique générale et spéciale, ou Nouveaux éléments de l'art de guérir*, un fort volume in-8° qui doit paraître prochainement à la librairie de J.-B. Baillière.

l'influence du vomissement sur les accumulations de liquides constituant les hydropisies, par exemple. La muqueuse gastrique joue alors le rôle d'émonctoire, à l'instar des reins, de la peau, etc.

Quatrièmement les secousses, les ébranlements communiqués aux divers organes par les efforts du vomissement, font de cet acte anomal un agent puissamment perturbateur. 1° On comprend que les secousses abdominales puissent modifier certains engorgements du foie, de la rate, des ganglions mésentériques, etc., activer la circulation abdominale, etc. 2° Les secousses imprimées aux poumons par l'intermédiaire du diaphragme peuvent produire des effets analogues sur les poumons engorgés, ou favoriser l'expectoration des matières stagnantes dans les bronches. Aussi le vomitif est-il un des expectorants les plus efficaces et qui rend journellement de grands services dans les phlegmasies pulmonaires, dans le catarrhe chez les enfants. On conçoit également que la secousse imprimée à l'organe central de la circulation puisse activer cette dernière fonction. 3° Les secousses propagées jusqu'à l'encéphale, et qui se révèlent par la coloration de la face, ont en général plus d'inconvénients que d'avantages et constituent une contre-indication des vomitifs dans les affections congestionnelles de la tête.

Cinquièmement, l'acte du vomissement donne lieu ordinairement à une diaphorèse plus ou moins prononcée, diaphorèse qui peut agir comme révulsive ou comme évacuante, à la manière des sudorifiques.

Sixièmement, la sensation qui précède le vomissement donne lieu à une anxiété précordiale très-sensible, accompagnée de pâleur, de sueurs froides, d'imminences de syncope, qui peuvent exercer une action hyposthénisante non moins réelle que celle attribuée à l'influence occulte des vomitifs, surtout si l'on y joint :

Septièmement, la sensation de fatigue, d'abattement, de brisement qui suit les vomissements répétés.

C'est par ce collapsus, cette dépression des forces que le praticien est maître d'entretenir en prolongeant l'administration du vomitif à doses réfractées, dites nauséeuses, que l'on explique les effets résolutifs de cette médication dans certaines affections aiguës et chroniques des organes abdominaux, pectoraux et même cérébraux.

Cette analyse élémentaire de l'action des vomitifs nous prépare à comprendre comment ce puissant modificateur peut être utile dans un grand nombre d'affections de nature très-diverse.

Les vomitifs sont actuellement très-usités dans les fièvres, précisément parce que la doctrine physiologique les avait proscrits, et la

réaction est telle qu'on les emploie aujourd'hui plus empiriquement, plus brutalement que ne le faisaient les anciens, qu'on prétend glorifier en agissant ainsi. Stoll, en dépit de ses doctrines humorales, n'en usait qu'avec circonspection. Pour peu que la réaction fût vive, il les faisait précéder de la saignée, et, dans maint endroit de ses ouvrages, il témoigne le regret de n'avoir pas tiré assez de sang avant de recourir aux vomitifs.

En administrant les vomitifs au début des fièvres en général et de la fièvre typhoïde en particulier, on se propose de débarrasser ces affections de l'élément saburral ou bilieux qui les complique, ce qui n'empêche pas les symptômes gastriques de persister et la maladie de suivre son cours; mais qu'importent les inconséquences?

Ces considérations s'appliquent également aux fièvres éruptives, à l'érysipèle dit bilieux en particulier, qui guérit très-bien sans vomitifs, et aux fièvres paludéennes pour les préparer, comme on dit, à l'administration du quinquina.

Les vomitifs sont souvent usités dans les inflammations, même dans celles du tube digestif. On en obtient de bons résultats dans l'angine tonsillaire, dans la diarrhée, la dyssenterie, mais on a beaucoup exagéré et trop généralisé leur usage dans ces deux dernières affections, qu'ils aggravent plus souvent qu'on ne pense.

Ici se présente la question de l'embarras gastrique, saburral ou bilieux. Les anciens attribuaient ces états à la simple stase dans les voies digestives de matières peccantes, bile ou saburres, de l'origine desquelles ils ne cherchaient pas trop à se rendre compte, et, pour eux, l'indication naturelle était de chasser mécaniquement ces matières au moyen du vomissement. Cette physiologie grossière a été acceptée par les modernes comme un fait d'observation dont eux aussi ne veulent pas se rendre compte. Il leur suffit que ces idées soient en opposition avec la doctrine proscrite; et pourtant la moindre réflexion suffit pour faire comprendre que ces matières viennent de quelque part et que l'indication naturelle est de les attaquer dans leur source. Or, les enduits de la langue sont manifestement le produit d'une sécrétion idiopathique, et les matières retenues, soi-disant, dans l'estomac, sont ou des mucosités sécrétées par la muqueuse gastrique ou la bile venue du foie. Donc c'est à l'affection de la muqueuse digestive ou au foie qu'il conviendrait de s'adresser, et c'est probablement en modifiant ces organes que les vomitifs procurent quelques succès.

Si les matières saburrales ou bilieuses étaient un simple dépôt, les vomitifs devraient les faire disparaître *illico*. Eh bien! c'est ce

qui n'est pas. On ne conçoit pas qu'un fait si facile à constater soit resté méconnu pendant deux mille ans et soit encore accepté par une foule d'hommes éclairés qui se piquent de faire des observations exactes. Ce fait de la persistance, et même de l'augmentation des saburres après les vomitifs, a pourtant été signalé par Dehaen et par Stoll lui-même. « J'ai très-souvent observé, dit Dehaen, des signes de turgescence chez ceux qui avaient été purgés ou émétisés deux ou trois fois avant d'entrer à l'hôpital, et j'ai vu cette turgescence diminuer promptement et disparaître sous l'influence de la méthode hippocratique. Hippocrate lui-même nous enseigne que la matière crue devient turgescente par le fait des évacuants [1]. » L'emploi continué des vomissements et des purgatifs, dit Stoll, augmente souvent les ordures, le mucus, l'inappétence [2]. Et c'est avec de pareils antécédents qu'Hufeland a pu proférer cette erreur inconcevable, démentie par l'observation de tous les jours, à savoir que « les évacuants intestinaux ont seuls le pouvoir de dissiper les saburres ! »

Cette persistance, et souvent cette augmentation des saburres après les vomitifs, est un fait banal que nous démontrons journellement à la clinique; et, tout en admettant que les vomitifs modifient parfois favorablement la gastricité, je maintiens que ce n'est pas en éliminant les saburres, et je crains fort que l'embarras gastrique ne guérisse souvent malgré les vomitifs. Certaines inflammations de l'appareil respiratoire sont avantageusement traitées par les vomitifs; telles sont les diverses espèces d'angines, y compris le croup, où ils agissent surtout mécaniquement en expulsant les fausses membranes; telles sont surtout la bronchite et même la pneumonie.

Ils sont généralement contre-indiqués dans les inflammations des appareils circulatoire et cérébro-spinal, où les secousses qu'ils produisent peuvent avoir des effets défavorables.

Quant aux organes sécréteurs, on a pu obtenir des vomitifs quelques avantages dans diverses formes d'hépatite.

On use rarement des vomitifs dans le traitement des hémorrhagies. On conçoit que le trouble qu'ils occasionnent en fouettant la circulation doit plutôt favoriser que modérer l'écoulement sanguin.

Mais il n'en est pas de même des hydropisies, où la sollicitation des excrétions gastriques peut agir comme émonctoire; mais c'est surtout aux purgatifs que l'on s'adresse dans ce cas.

---

(1) *Ratio medendi*, part. X, c. v.

(2) *Med. prat.*, t. III, Aphorismes.

Quant aux lésions organiques, rares sont celles que les vomitifs peuvent avantageusement modifier, à moins de complication gastrique; cependant, répétés à de courts intervalles, ils peuvent modifier favorablement certaines affections telles que la phthisie, les engorgements du foie, de la rate, etc. J'ai vu un engorgement chronique et très-volumineux de la rate résolu promptement, en presque totalité, par des vomissements spontanés. Ce fait intéressant, qui n'est pas le seul dans la science, est consigné dans la *Gazette des hôpitaux*, 1850.

Les névroses fournissent rarement l'occasion de recourir aux vomitifs, si ce n'est quelquefois comme agents perturbateurs. Ainsi l'on a recommandé l'émétique à dose nauséeuse pour prévenir les attaques d'épilepsie.

Nous ne pouvons qu'effleurer ces indications générales qui, nécessairement, varient selon les doctrines plus ou moins humorales professées par les praticiens. Il y en a qui croient fermement que les vomitifs doivent procurer l'élimination de tous les principes morbides, vrais ou supposés, qui peuvent exister dans l'économie; c'est même sur ce principe qu'est fondé le traitement des affections bilieuses en général : fièvres, phlegmasies, etc.; mais si la nature veut se débarrasser de ces éléments morbides, elle trouve des émonctoires beaucoup plus actifs et plus innocents, soit dans le canal digestif inférieur, soit surtout dans l'appareil urinaire et dans la peau. Du reste, ces éliminations factices trompent le plus souvent l'espérance du praticien et l'évacuation provoquée des miasmes, du pus, constituant l'infection putride (typhus, fièvre typhoïde) et l'infection purulente, l'expulsion des vices rhumatismal, goutteux, scrofules, etc., sont des vues de l'esprit que l'observation confirme bien rarement. Les vomissements critiques qui répondent à ces théories, lorsqu'ils sont salutaires, peuvent s'expliquer avec plus de vraisemblance autrement que par l'élimination matérielle du mal.

*Tartre stibié.* — Le vomissement peut s'obtenir par beaucoup de moyens, depuis la titillation de l'arrière-bouche au moyen du doigt, d'une barbe de plume, ou de l'ingestion de l'eau tiède, jusqu'aux vomitifs magistraux et officinaux les plus complexes.

De tous les médicaments de la classe des vomitifs, le tartre stibié (émétique, tartrate de potasse et d'antimoine) est le plus simple, le plus économique, le plus sûr, celui qui offre les ressources les plus variées sans désavantages bien prononcés. Tous les vomitifs sont irritants, avons-nous dit, et entre eux il n'existe que des nuances. Stoll proclame l'innocuité absolue et relative de cet agent en di-

sant : « Le tartre stibié est sans danger, même pour les personnes les plus sensibles, » et pourtant il l'employait à haute dose (4 grains).

Les matières médicales mettent en parallèle les divers vomitifs, et celui que l'on compare d'ordinaire à l'émétique est l'ipécacuanha. On reproche au tartre stibié de produire à la fois le vomissement et la purgation, inconvénient qui n'existerait pas pour l'ipécacuanha. J'ai voulu éclaircir ce point important de la pratique que Dehaen avait déjà résolu en ces termes : « La plupart des émétiques purgent par haut et par bas. » Et Stoll a fait cette remarque : « Il arrive souvent que la racine d'ipéca ne produit aucun effet... Il n'est pas rare que l'ipéca n'excite aucun vomissement et qu'il n'agisse que comme purgatif. » On n'en continue pas moins de proclamer les propriétés astringentes de l'ipécacuanha, parce qu'il arrête parfois la diarrhée. C'est une de ces absurdités si répandues dans notre pauvre science. Il n'y a pas plus de vomitifs astringents que de purgatifs rafraîchissants.

Il résulte de nos nombreuses expériences, dans le détail desquelles je ne puis entrer ici :

1° Que le tartre stibié à dose vomitive purge très-fréquemment ;

2° Que les vomitifs végétaux (ipécacuanha) purgent assez souvent ;

3° Que la plupart des vomitifs végétaux, aussi bien que minéraux, sont irritants ; qu'il n'existe à cet égard que des degrés entre eux ; que les propriétés astringentes de l'ipéca sont une chimère.

Quant aux autres purgatifs, minéraux ou végétaux, ils ne sauraient entrer en parallèle avec le tartre stibié. Il est vrai qu'on s'est efforcé de prêter des propriétés spécifiques et mystiques à quelques-uns d'entre eux. C'est ainsi qu'on a prétendu que le sulfate de cuivre avait une vertu spéciale dans le traitement du croup ; mais c'est encore une idée saugrenue. Tous les vomitifs font vomir, voilà le fait unique ; et, comme d'ailleurs eux-mêmes sont éliminés par le vomissement, il est bien difficile de leur prêter d'autres propriétés.

Lorsqu'on veut donner une forte idée des erreurs dans lesquelles peuvent tomber les savants, on cite la proscription exercée contre l'émétique au dix-septième siècle. On conçoit pourtant qu'un remède aussi énergique ait rencontré autant de détracteurs que de partisans, et que la même époque ait vu naître le *char triomphal* et le *martyrologe* de l'antimoine. Ce n'est que lorsque l'observation a eu permis d'abord de mesurer l'action du tartre stibié, puis de déterminer les cas où il peut être appliqué avec avantage, qu'on a pu faire la part des services qu'il pouvait rendre et des désastres qu'il

pouvait causer, à part l'esprit de parti, qui corrompt les meilleures choses. Voyez pour preuve ce qui se passe aujourd'hui au sujet de la saignée.

Pendant longtemps on n'a usé du tartre stibié que comme émétique ou éméto-cathartique. On donnait, et l'on donne encore dans ce but de 10 à 15 centigrammes de tartre stibié divisés en quatre paquets à faire prendre dans un peu d'eau tiède, à cinq ou dix minutes d'intervalle, jusqu'à production du vomissement, que l'on entretient au moyen de l'ingestion de quelques tasses d'eau tiède. C'est par ce simple moyen que, selon le cas ou selon les idées du praticien, on cherche à obtenir l'évacuation des matières contenues dans l'estomac ou la dérivation, la perturbation, etc.

Au commencement de ce siècle, Rasori découvrit dans le tartre stibié une propriété nouvelle qu'il désigna sous le nom de *contro-stimulisme*. Cette propriété consiste dans la sédation du pouls, de la respiration, et, finalement, dans la résolution de certaines inflammations, de la pneumonie en particulier, obtenue au moyen du tartre stibié administré à haute dose, c'est-à-dire à la dose de 20 à 50 centigrammes et au-dessus, dans une potion de 120 grammes, qui doit être prise par cuillerées à bouche d'heure en heure, plus ou moins, dans les vingt-quatre heures. Donné sous cette forme, le tartre stibié ne produit ni vomissements ni selles, ou n'en produit que très-peu, qui cessent promptement et font place à ce qu'on appelle la *tolérance;* c'est-à-dire que, dès lors, le remède peut être administré à doses rapidement croissantes sans que le malade en éprouve du dérangement.

L'histoire fournit quelques exemples du tartre stibié donné à haute dose : nous avons vu que Stoll le donnait ainsi ; mais personne avant Rasori n'avait signalé et surtout réglementé, pour ainsi dire, ce singulier phénomène de la tolérance, d'où résulterait l'effet contro-stimulant ou hyposthénisant, comme dit l'école italienne moderne.

En effet, l'école italienne a institué toute une doctrine sous ce nom de *tolérance.* A propos de l'innocuité du tartre stibié à haute dose, elle suppose que cette tolérance est due à une modification des propriétés vitales qui ne se produit qu'en cas de maladie ; qui ne dure qu'autant que la maladie a besoin de remède ; que la guérison est d'autant plus prompte et plus certaine que cette tolérance est plus complète ; que l'effet hyposthénisant du remède est d'autant plus sûr qu'on ne l'associe point à d'autres remèdes qui, bien que paraissant agir dans le même sens, ne font que contrarier son

action; enfin que la cessation de l'action curative du remède hyposthénisant est annoncée par certains phénomènes groupés sous le nom de *saturation*. Ces phénomènes sont le dégoût, l'ardeur de la gorge, la pustulation de la bouche, la diarrhée, etc.

Ces idées mystiques concordent trop bien avec les tendances de notre époque pour ne pas être acceptées par bon nombre de praticiens français ; c'est pourquoi nous profitons de l'occasion pour déclarer que ces prétendus principes sont des rêveries toutes pures, et, qui pis est, de dangereuses erreurs.

1° Nous ne savons pas comment se produit la tolérance, à moins d'admettre qu'elle est due tout simplement à l'insolubilité du principe antimonial passé dans le sang, insolubilité par laquelle nous avons vu les chimistes expliquer très-matériellement le ralentissement du sang, sans recourir le moins du monde aux propriétés vitales. 2° Il n'est pas prouvé que la tolérance ne se produit que dans l'état de maladie. Il reste une série d'expériences à instituer sur cet objet. 3° Il est encore moins prouvé, comme nous le verrons plus loin, que la tolérance ne dure qu'autant que la maladie a besoin du remède, ce qui prêterait à la maladie un degré d'intelligence que nous ne saurions lui reconnaître. 4° Il est cliniquement faux que la guérison soit d'autant plus prompte et certaine que la tolérance est plus complète. D'abord la tolérance d'emblée est extrêmement rare : presque toujours il y a, au début, des évacuations par haut et par bas ; et, dans ces cas, la maladie guérit au moins aussi bien que lorsque la tolérance est complète. Il est même beaucoup de praticiens qui voient avec satisfaction ces évacuations se produire, et d'autres qui prétendent traiter avec beaucoup de succès la pneumonie par le tartre stibié à dose simplement évacuante. 5° Il est manifestement faux que l'association de certains remèdes, de la saignée, par exemple, au tartre stibié à haute dose, contrarie l'action de celui-ci. La plupart des praticiens se trouvent bien de faire précéder l'émétique par les saignées, et même de faire marcher de front les deux moyens. 6° Il est faux que la cessation de l'action curative du tartre stibié soit annoncée par les phénomènes dits de saturation. Quantité de malades répugnent dès le principe au tartre stibié, et s'en trouvent bien si l'on insiste sur son administration ; d'autres en prennent volontiers jusqu'après la guérison ou jusqu'à la mort. L'ardeur de la gorge, la pustulation de la bouche sont des effets purement locaux qu'on peut prévenir jusqu'à un certain point par le mode d'administration du tartre stibié dans un véhicule aqueux et non gommeux, ou même en pilules. Il s'agit d'empêcher le tartre

stibié de séjourner sur la muqueuse buccale. Quant à la diarrhée, c'est un accident qui tient à des dispositions individuelles indépendantes de la pneumonie, et qui peut se produire dans tous les cas, quelle que soit la manière dont se comporte la pneumonie.

La tolérance du tartre stibié à haute dose est favorisée, et les accidents sont généralement prévenus par l'addition de l'opium (10 à 20 gouttes de laudanum) dans la potion journalière.

Ces principes sont le produit d'une expérience longue et attentive, et nous les avons consignés dans des travaux basés sur des faits nombreux [1].

Nous ne pouvons donc que reproduire ici les conclusions que nous avons formulées en 1843, à savoir :

1° Que, dans l'administration du tartre stibié à haute dose, la tolérance d'emblée est l'exception, et que les évacuations gastro-intestinales au début sont le fait général ;

2° Qu'il n'est pas démontré que la tolérance d'emblée exerce un effet avantageux sur la marche et la terminaison de la maladie ;

3° Que la pneumonie guérit au moins aussi sûrement et aussi rapidement lorsqu'il y a des évacuations intestinales que lorsqu'il n'y en a pas ;

4° Que le phénomène dit *saturation antimoniale* est un pur accident, sans liaison aucune avec la marche et la terminaison de la pneumonie ;

5° Que l'action de la saignée ne nuit pas à celle du tartre stibié, et qu'en général la saignée doit avoir le pas sur l'émétique dans le traitement de la pneumonie ;

6° Mais il est beaucoup de cas où le tartre stibié est seul applicable, et ce sont ceux où la saignée n'est plus de mise ; et il y a d'autres cas où la saignée et le tartre stibié peuvent être appliqués concurremment comme adjuvants l'un de l'autre.

Depuis Rasori, le tartre stibié à haute dose a reçu diverses applications autres que celle à la pneumonie. On l'emploie avec succès dans la bronchite capillaire ; on en a fait une méthode de traitement du rhumatisme articulaire aigu ; on vient, tout récemment, de le préconiser dans le traitement de la diphthérite et du croup, etc.

En somme, en tant que moyen hyposthénisant ou antipyrétique, le tartre stibié est susceptible de recevoir de nombreuses applications rationnelles que l'avenir révélera.

---

(1) Des vomitifs et du tartre stibié à haute dose (*Bulletin de Thérapeutique*, 1843). — De quelques remèdes actifs administrés à haute dose (*Ibid.*, 1838-1839).

On a prêté une action antiphlogistique au tartre stibié en frictions sous forme de pommade et sans production de pustules.

La pustulation cutanée obtenue au moyen de la pommade stibiée exerce, dit-on, un effet différent de ceux obtenus par les autres genres de topiques irritants. Ces aperçus nous paraissent un peu subtils.

De tout cela résulte pourtant que le tartre stibié est un remède précieux, un remède majeur, dont le praticien ne saurait se passer.

On a cherché naturellement à établir des analogies entre le tartre stibié et les autres produits antimoniaux, tels que l'oxyde blanc d'antimoine, le kermès minéral, le soufre doré d'antimoine. L'oxyde blanc d'antimoine a été le sujet d'un éloge des plus pompeux dans un article de dictionnaire qui a dû séduire et tromper bien des lecteurs, les merveilles observées par l'auteur ayant cessé de se produire depuis; ce qu'il attribue à cette bienheureuse constitution médicale dont le changement est un voile si facile à jeter sur nos erreurs. Le kermès minéral produit facilement la diarrhée à certaine dose; le soufre doré d'antimoine est, en quelque sorte, le spécifique du catarrhe pulmonaire pour l'école allemande; mais, tout en admettant les composés antimoniaux comme d'utiles succédanés du tartre stibié à haute dose, nous ne saurions leur reconnaître la même valeur. Néanmoins, nous donnons volontiers l'oxyde blanc d'antimoine quand le tartre stibié est contre-indiqué; nous lui trouvons au moins l'avantage de ne pas fatiguer l'estomac. Quelques praticiens le considéraient comme complétement inerte. Quant au kermès et au soufre doré, comme remèdes anticatarrheux, leur efficacité ne m'est jamais apparue d'une manière manifeste, si ce n'est lorsqu'ils produisent de la diarrhée, tandis que l'efficacité du tartre stibié est incontestable.

---

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### De la guérison des loupes et de quelques autres kystes sans opération sanglante [1].

Par M. A. Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.

Parler des loupes, c'est toucher à un des sujets les plus humbles et les plus communs de la chirurgie; car il n'est pas d'application

[1] On reproche sans cesse aux hommes haut placés dans la science de négliger la discussion des sujets vulgaires quoique importants. Le proverbe : *De*

de notre art plus fréquente et en quelque sorte plus banale que le traitement de ces tumeurs souvent si nombreuses et de dimensions si variées, qui se développent à la tête, dans l'épaisseur du cuir chevelu ou au-dessous de lui, au cou, au visage et sur quelques autres parties du corps, constituées par un kyste et son contenu, quelles que soient d'ailleurs l'épaisseur et la densité variables de l'enveloppe, la solidité ou la fluidité de la matière enkystée.

L'ablation en fait prompte et facile justice; mais, outre qu'elle n'a pas été toujours exempte d'accidents, elle n'est pas facilement acceptée par les malades. Sans parler des cas assez nombreux dans lesquels la multiplicité des loupes fait craindre aux patients le renouvellement de douleurs qu'ils consentent à peine à subir une seule fois, ces tumeurs étant naturellement indolores, souvent peu embarrassantes, n'altérant aucune fonction, ne menaçant l'existence ni d'un danger imminent, ni d'une infirmité réelle, il est naturel qu'elles soient tolérées par les malades jusqu'à ce qu'un développement trop considérable, entraînant après lui les inconvénients d'une difformité choquante ou les dangers d'une dégénérescence prochaine, triomphe de leur pusillanimité et précipite la décision d'une opération. Encore reste-t-il à combattre le préjugé qu'en touchant à une loupe on peut courir de grands dangers, non-seulement par le fait des accidents locaux tels que l'érysipèle, l'inflammation ou le bourgeonnement épithélial, qui sont réels; mais encore par la possibilité de prétendues métastases, ou de la perturbation quelconque que leur ablation apporte dans toute l'économie.

Ces considérations nous ont décidé à dire quelques mots du développement de ces tumeurs, à montrer qu'on pourrait toujours l'empêcher si l'on était consulté à temps, et à décrire la méthode de traitement qui nous a donné les plus beaux succès.

On désigne sous le nom de *loupes* des tumeurs sous-cutanées indolentes, circonscrites, enkystées, mobiles, susceptibles pour la plupart d'acquérir un volume considérable, et contenant une matière grasse ou huileuse. *Kyste* et *matière grasse* sont les deux termes dont l'union peut être regardée comme caractéristique de toute loupe. En tant que tumeurs grasses kystiques, les loupes doivent être distinguées anatomiquement, physiologiquement et chirurgi-

---

*minimis non curat, prætor*, montre que ce reproche date de loin. M. le professeur Courty semble vouloir faire exception à la règle; cette initiative est d'un bon exemple, aussi nous empressons-nous de reproduire sa leçon sur le traitement des loupes par la cautérisation. (*Note du Rédacteur*).

calement, d'une part des autres tumeurs grasses, d'autre part des autres tumeurs kystiques.

Les autres tumeurs grasses sont les lipômes, véritables hypertrophies locales du tissu adipeux, pouvant porter également sur tous les éléments de ce tissu ou seulement sur quelques-uns, ou plus fortement sur les uns que sur les autres, compliquées quelquefois par l'adjonction de productions fibro-plastiques nouvelles ou par la coexistence de cristallisations de matières grasses (cholestéatome). Elles doivent être nommées tumeurs graisseuses plutôt que tumeurs grasses. Loin d'être emprisonnées par un kyste, elles sont habituellement mobiles, mal limitées, s'insinuant dans les interstices des tissus, et, à moins qu'elles ne soient pédiculées, n'ayant généralement de bornes que les enveloppes aponévrotiques qui séparent les divers plans ou qui enveloppent un organe. Elles offrent un aspect bosselé, des prolongements, de prétendues racines, une mollesse caractéristique, une fausse fluctuation. Aussi réclament-elles la dissection, seule méthode qui permette de les enlever en totalité, et fasse éviter les dangers inhérents aux autres méthodes, d'en laisser des parcelles ou de favoriser la formation des fusées purulentes, et parfois la fonte du tissu adipeux à une distance plus ou moins éloignée du point de départ de la cautérisation, du séton ou de la ligature. On est quelquefois étonné de la distance à laquelle on est amené par la dissection à poursuivre les lobes excentriques des lipômes entre divers plans musculaires ; j'en ai enlevé sur la poitrine qui s'insinuaient sous le grand pectoral ; il y a quelques mois, j'enlevai un énorme lipôme, dont je dus poursuivre les prolongements jusqu'au plan le plus profond des muscles abdominaux ; j'en ai vu dernièrement un autre s'insinuant sous le trapèze et sous le rhomboïde jusqu'aux muscles spinaux.

Les autres tumeurs kystiques peuvent dépendre, comme les loupes, de la dilatation d'une cavité close accidentellement ou naturellement par un liquide normal ou anomal sécrété dans cette cavité (kyste muqueux, hygroma, kyste de l'ovaire, grenouillette, etc.) ; mais elles peuvent dépendre aussi de la formation d'une enveloppe autour d'une extravasation sanguine, d'un corps étranger, d'un entozoaire, d'une formation cancéreuse. En un mot, il y a entre le contenant et le contenu des relations variables de préformation et de postformation, qui n'interviennent pas moins que la nature même de la tumeur dans la détermination des indications qu'il faut remplir pour amener la guérison.

Quant aux loupes, quelles que soient leurs dimensions, il y a,

dans le contenu et dans le contenant, une constance de composition et d'origine qui en fait un ordre de tumeurs tout à fait naturel : l'ordre des tumeurs ou kystes sébacés.

Le contenant, c'est-à-dire le kyste, est formé par les parois épaissies des glandes en grappe simples sébacées, qui sont le point de départ du développement de la loupe. Il préexiste donc à ce développement et ne diffère de lui-même à ses diverses périodes que par les transformations qu'il a subies. L'orifice du canal excréteur s'oblitère ou demeure insuffisant à l'évacuation des produits surabondants d'une sécrétion viciée; il peut même se rouvrir et s'oblitérer successivement à plusieurs reprises, ce qui permet au kyste de s'affaisser et de se distendre alternativement, de se vider et de se remplir de nouveau. Le chirurgien, lorsqu'il découvre cet orifice, habituellement reconnaissable à la présence d'un point noir, peut en profiter pour l'évacuation du contenu et pour le traitement ultérieur du kyste par la méthode que nous allons exposer.

Le contenu, plus ou moins liquide, quelquefois solide, suifeux ou plâtreux, est formé de matière sébacée, c'est-à-dire de granulations graisseuses libres, de globules huileux plus ou moins gros, de gouttelettes ou d'un liquide huileux homogène, de cellules épithéliales pavimenteuses, souvent sans noyau, avec ou sans granulations, souvent déformées, plissées, ratatinées, quelques-unes vésiculeuses, ovoïdes, distendues par leur contenu et détachées de la face interne de la glande, enfin de cristaux de choléstérine et de granulations ou d'une sorte de mortier de carbonate calcaire ou magnésien. A un premier degré, la tumeur, connue sous le nom de *tanne*, a encore de petites dimensions et est remplie simplement de matière sébacée épaissie. A un deuxième degré, la tumeur, plus ou moins volumineuse, renferme tantôt une matière jaunâtre ayant la consistance du miel (*mélicéris*), tantôt une matière blanchâtre, ressemblant quelquefois à du pus épais ou à de la bouillie (athérome), qui a reçu de sa forme plate, ou de toute autre circonstance, les noms de *talpa*, *testudo*, etc. A un troisième degré, la tumeur, très-volumineuse, est constituée par l'accumulation d'une substance grasse, ayant la consistance et la couleur du suif (stéatôme); elle s'accompagne souvent d'hypertrophie de la glande, de tendance à la formation d'une tumeur adénoïde, de disposition à l'épithélioma, ce qui justifie l'opinion des chirurgiens qui ont signalé la possibilité de la dégénérescence cancéreuse des stéatômes.

La précision de ces connaissances actuelles sur la nature des loupes permet à peine d'agiter les questions du danger qui peut

accompagner leur guérison, de la possibilité d'une métastase après leur suppression, etc , etc. Il en est de même, jusqu'à un certain point, des traitements qu'on a proposé de faire subir aux malades, dans le but de combattre la diathèse lupiale. Y a-t-il seulement diathèse ? Il est facile de répondre oui à cette question, si l'on prend *diathèse* dans le sens de *disposition ;* car il est certain que, chez quelques individus, il y a une disposition très-grande à l'oblitération des canaux excréteurs des glandes sébacées, à la surabondance, à l'altération, à l'épaississement de leur sécrétion, et par suite au développement des loupes ; mais peut-on regarder comme une affection morbide permanente ce qui n'est en définitive qu'un accident plus ou moins fréquent de rétention des produits sécrétés ?

Par contre, la précision de ces connaissances permet d'instituer le meilleur traitement chirurgical de ces tumeurs. Abstraction faite de l'ablation, qu'il faut pratiquer quelquefois, on peut dire que la destruction du kyste est la clef de toute méthode dont l'application peut être suivie d'un succès durable. Il reste à déterminer le meilleur mode de destruction du kyste, et les cas auxquels la méthode est applicable.

Disons d'abord quelques mots de l'ablation à l'aide de l'instrument tranchant.

Elle est habituellement indiquée pour les loupes très-volumineuses, quoique, à vrai dire, on puisse s'en passer même dans ce cas. Elle est, par contre, plus formellement indiquée pour les petites tumeurs cystiques des paupières, étant d'ailleurs dans ce cas particulier d'une innocuité parfaite. Enfin, elle est applicable aux loupes de moyen volume, et on peut l'exécuter avec une telle rapidité, qu'elle n'est presque plus une douleur pour le malade. Faire une incision à la peau et énucléer rapidement le kyste avec une spatule, comme on l'a vu pratiquer si lestement par Dupuytren ; ou bien, après avoir divisé la loupe par le milieu dans toute sa hauteur, enlever l'une après l'autre les deux moitiés du kyste saisies avec une forte pince, comme le fait M. A. Guérin, c'est unir à l'assurance du succès la plus grande rapidité opératoire.

Nous avons souvent opéré de cette façon, et nous avons eu toujours à nous en louer. Dernièrement, nous avons enlevé par ce procédé, chez une jeune dame, et quelques jours après chez un homme, deux athéromes de la grosseur d'une noix, situés sur les parties latérales du cou, sans que les malades aient eu le temps d'exprimer une plainte. La réunion de la plaie se fait aussi avec beaucoup de rapidité. On sait pourtant que les suites d'une opération en appa-

rence si légère peuvent être aggravées par le développement d'inflammations érysipélateuses et même d'érysipèles phlegmoneux. On sait que ces accidents peuvent être graves, surtout lorsque les dimensions du kyste, ses adhérences aux téguments, l'amincissement de la peau, obligent à pratiquer une dissection plus ou moins laborieuse. On sait, enfin, comme nous le disions en commençant, que les malades refusent souvent ce mode de traitement.

Ces diverses raisons m'ont conduit à perfectionner la méthode du traitement par destruction du kyste.

Je commence par faire observer que la destruction du kyste n'entraîne pas nécessairement celle de la peau. Il est bon de faire cette remarque, parce que la plupart des chirurgiens qui ont appliqué des agents de destruction, notamment la cautérisation, au traitement des loupes, ont appliqué ces agents sur la peau ; ne différant pas beaucoup en cela des empiriques qui, à l'aide d'emplâtres soi-disant fondants, ou de prétendus pinceaux chimiques, déterminent sur la peau, dans une étendue variable, la formation douloureuse d'escarres plus ou moins larges, qui peuvent devenir, tout comme l'incision, le point de départ d'accidents inflammatoires. Qu'on emploie avec M. Legrand la cautérisation linéaire à la potasse caustique, ou avec Bonnet la cautérisation en surface à la pâte de Vienne ou de Canquoin, ou avec M. Maisonneuve la cautérisation en flèche, etc., la peau est toujours attaquée. J'ai eu l'occasion de voir cette cautérisation suivie d'érysipèles, et même, lorsque le fond du kyste se trouvait ainsi mis à nu, sans être détruit comme la superficie, une production épithélialo, végétante, se développer sur ce fond et prendre bientôt l'aspect d'un épithélioma ou d'un cancroïde peu rassurant pour l'opérateur et nécessitant une nouvelle et sérieuse application du caustique.

Je pose donc en principe que la peau doit être, autant que possible, respectée, et que l'agent destructeur doit être porté dans la cavité même du kyste.

Par quelle voie pénètre-t-on dans le kyste ?

Presque toujours sur les tannes, sur les petites loupes, souvent même sur les tumeurs volumineuses, on trouve un point noir indiquant le siége du goulot, de l'orifice, que l'on suppose nécessairement oblitéré et qui n'est parfois qu'obturé. Rien n'est plus facile que de le désobstruer par la pression, ou par l'action de quelque agent chimique ou mécanique très-simple ; un peu d'eau de savon, de solution alcaline, la pointe d'un stylet, d'une épingle ou d'une aiguille. On vide le kyste en l'exprimant : tantôt la matière épaisse

sort peu à peu sous la forme d'un ver; tantôt, plus fluide, elle s'échappe en jet et ne tarde pas à être expulsée entièrement par la pression des doigts.

Cet orifice vient-il à manquer, la pointe d'une aiguille, d'un petit trocart, lui substitue facilement et sans douleur une ouverture artificielle.

Enfin, le kyste est-il très-volumineux, est-il multiple, comme j'en ai vu plusieurs exemples, une double ponction, entretenue par le séjour d'un séton pendant quelques jours à peine, suffit pour livrer accès dans la cavité unique ou multiloculaire, et pour donner le temps et la facilité d'en exprimer peu à peu tout le contenu, sans provoquer de douleurs et sans donner naissance à aucun accident inflammatoire. Pour faire cette double ponction et passer le séton, je préfère à l'aiguille le trocart, dont l'introduction plus rapide et moins douloureuse forme des ouvertures plus grandes et moins sensibles au contact du fil. Je perfore donc la tumeur de part en part avec un trocart, dont je laisse la canule quelques instants en place. Je passe dans celle-ci le séton, qui ne touche pas ainsi aux ouvertures ; puis je retire la canule, et je fixe le séton en attachant ses deux extrémités l'une à l'autre. Quand la tumeur est très-volumineuse (et j'ai pu en opérer ainsi qui étaient aussi volumineuses qu'un œuf de dinde ou qu'une orange), je me sers du trocart à drainage de M. Chassaignac, dont la pointe, munie d'une encoche à laquelle on peut accrocher le fil, permet de perforer la tumeur, de passer le séton dans la canule, et de retirer cette dernière en moins de temps qu'il n'en faut pour décrire cette petite manœuvre.

Le kyste étant vidé, comment doit-on agir pour amener l'oblitération de sa cavité?

A la rigueur, on peut s'y prendre de deux manières : ou bien modifier sa face interne, l'irriter, l'enflammer et déterminer par le rapprochement et le contact l'adhérence des parois opposées ; ou bien produire sa destruction plus ou moins rapide et son expulsion par l'orifice, l'enveloppe cutanée ne tardant pas à se rétracter et à combler peu à peu, soit par sa rétraction, soit par ses adhérences profondes, le vide causé au-dessous d'elle par l'expulsion du kyste. Ce dernier mode est de beaucoup préférable au premier.

Dans le principe, c'est-à-dire il y a environ quinze ans, je me contentais de tendre à la simple modification des parois du kyste. Dans ce but, après avoir expulsé tout le contenu, j'injectais dans la cavité divers liquides. J'avais adopté, de préférence à tous les autres, une forte solution de potasse caustique (1 gramme, et quelquefois plus, sur 50 grammes d'eau), portée dans la cavité à l'aide

d'une petite seringue en verre. Cette solution avait l'avantage de dissoudre d'abord toute la matière grasse ou sébacée qui restait adhérente aux parois, puis d'irriter ces parois et de les disposer à l'adhésion. Des pressions méthodiques, continues ou intermittentes, favorisées par la tendance naturelle à la rétraction de la peau et du kyste qui n'étaient plus distendus par le contenu, amenaient peu à peu l'adhérence des diverses portions de la poche, qui arrivaient à être mutuellement en contact, et la guérison radicale finissait par être obtenue après un temps variable de quinze à cinquante jours environ. Jamais la douleur ni aucun autre accident n'entravèrent le traitement.

Depuis lors, et grâce aux progrès incessauts de la cautérisation appliquée aux opérations chirurgicales, je substituai peu à peu à la potasse caustique, dont je ne me servis plus que pour laver parfaitement la poche, des agents plus énergiques et plus faciles à manier. La pâte de Canquoin, et notamment les divers sparadraps Canquoin, tels que l'école lyonnaise les a vulgarisés dans la pratique, me parurent remplir parfaitement le but que je me proposais, et je n'ai pas cessé de les employer dans le traitement des loupes.

Voici comment on s'y prend. On taille un morceau de sparadrap au chlorure de zinc, d'une longueur proportionnée à la capacité du kyste, assez étroit pour passer par l'ouverture ; on peut faciliter sa pénétration en le roulant en cylindre, de manière que la substance caustique occupe la face externe de ce long et grêle cylindre. Il est toujours facile de le pousser dans l'intérieur, l'orifice naturel de la loupe se prêtant assez à son passage pour peu qu'on y aide avec une sonde cannelée, un stylet, la tête d'une épingle ; l'orifice artificiel, s'il existe, s'y prêtant d'autant mieux qu'il doit avoir, d'après la manière dont nous le pratiquons, des dimensions plus considérables. Pour les tannes, il suffit d'un morceau de Canquoin aussi petit qu'un grain de mil ou qu'une lentille ; pour les loupes plus volumiueuses, il faut donner au cylindre une longueur de 1 à 3 centimètres. Si l'ouverture cutanée paraît insuffisante, on y laisse engagée l'extrémité du caustique, au lieu de le précipiter entièrement dans la cavité du kyste.

La pression exercée sur la loupe au moins deux fois par jour fait sortir, dès ce moment, une matière purulente, accompagnée quelquefois de petits lambeaux du kyste et des restes du sparadrap caustique. Mais ici deux cas se présentent : ou le kyste est petit, bien mobile sous la peau qui le recouvre ; ou bien il est très-grand, adhérent à ce tissu par un grand nombre de points.

Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'il ne dépasse pas le volume d'une grosse noix, ce qui n'est déjà pas si petit, il suffit souvent d'une cautérisation pour amener la guérison. Que ce soit d'ailleurs après une seule ou plusieurs introductions de caustique, cette guérison arrive habituellement par l'expulsion du kyste mortifié. Par l'effet de la pression, on le voit se présenter à l'ouverture, par où il est facile d'en achever l'extraction avec des pinces, lorsque son expulsion ne se fait pas naturellement. On recueille alors la poche kystique intacte, à l'aspect blanchâtre ou gélatineux des tissus fibreux mortifiés. Il n'est pas besoin de dire que l'oblitération complète de la cavité, la rétraction de la peau et son adhérence aux parties profondes, suivent de près cette expulsion.

Si les malades étaient bien instruits de la facilité qu'il y a à les débarrasser, sans douleur comme sans danger, de ces tannes, de ces petits athéromes qui menacent de devenir de grosses loupes, on pourrait empêcher à coup sûr le développement de toute tumeur de ce genre : introduire par l'ouverture naturelle de la tanne ou par une ouverture artificielle faite avec une aiguille, après avoir évacué le contenu, un petit morceau de caustique gros comme une lentille, et mortifier ainsi le kyste, dont l'expulsion se fait presque spontanément, serait l'affaire de quelques jours. On empêcherait toujours ainsi une tumeur petite, indolente, de devenir jamais une difformité gênante ou douloureuse, et on éviterait de s'exposer aux souffrances et aux dangers d'une opération qui finit par devenir indispensable.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le kyste est volumineux, ancien, multiloculaire, etc., on ne peut espérer une terminaison aussi rapide, ni aussi franche. Il faut compter alors sur l'expulsion successive des lambeaux du kyste qui se mortifient graduellement, ou sur l'adhérence des points de la poche qui bourgeonnent suffisamment, à la suite de l'action irritative du caustique, pour se souder les uns aux autres. L'introduction successive, à quelques jours d'intervalle, de plusieurs morceaux de sparadrap Canquoin, la pression méthodique exercée sur la loupe d'une manière continue ou intermittente, l'attention à la tenir toujours vidée des produits qui s'y sécrètent, le soin de favoriser la rétraction de la peau et le contact des surfaces opposées, finissent par amener peu à peu un résultat aussi avantageux que celui qu'on obtient à moins de frais et en moins de temps dans le premier cas.

La durée du traitement peut varier alors de trente à cinquante jours; mais la guérison en est toujours le terme, et les malades atteignent ce but sans avoir jamais couru le moindre danger, ni

éprouvé la moindre douleur. A l'inverse de la peau, la face interne du kyste nous a toujours paru insensible à l'action des caustiques, dont on obtient par conséquent tout le bénéfice, sans avoir à redouter les réactions qui suivent le développement de la douleur attachée inévitablement à leur application sur le derme.

Nous n'avons jamais observé, dans le très-grand nombre de loupes que nous avons opérées de la sorte, la production d'un seul des accidents qui peuvent se manifester à la suite de toute opération chirurgicale.

Le grand nombre de faits que nous aurions pu citer à l'appui de l'efficacité et de l'innocuité de notre méthode de traiter les loupes, l'uniformité et la monotonie de ces récits, nous ont décidé à n'en rapporter aucun, chaque observation particulière ayant été la reproduction exacte de l'histoire générale que nous venons de tracer.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que certains kystes muqueux, des hygromas peu développés, etc., peuvent être traités, ainsi que nous l'avons fait, avec autant de succès, par la même méthode.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### De la préparation du chlorure de zinc en cylindres.

La forme cylindrique, pour certains topiques, prend de l'extension. Nous avons les nitrates d'argent blanc et noir, la potasse caustique et le sulfate de cuivre. M. Sommié conseille de préparer des cylindres de chlorure de zinc de la manière suivante :

On ramollit de la gutta-percha dans l'alcool bouillant et on l'incorpore, dans un mortier de porcelaine chauffé, avec du chlorure de zinc bien divisé. Le mélange se fait à parties égales. On le roule rapidement sur un porphyre à la manière des pastilles. Le cylindre étant réduit au diamètre d'une plume est divisé en plusieurs longueurs et chaque fragment est effilé à ses extrémités. On les tiendra enfermés dans des flacons à large ouverture, au milieu de la chaux pulvérisée.

Ces flèches se maintiennent rigides, d'une causticité régulière, faciles à manier. Elles fonctionnent comme une éponge qui exsuderait lentement le chlorure de zinc, se liquéfiant au contact de l'air et de la peau.

Pour la pâte de Canquoin ou chlorure de zinc en plaque, le gluten est préférable à la farine comme excipient ; il est plus élastique et moins hygrométrique.

**Bain sulfuro-alcalin.**

| | |
|---|---|
| Sulfure de sodium | 32 grammes. |
| Carbonate de soude | 32 grammes. |
| Sel marin | 16 grammes. |

Dans le prurigo.

---

**Sirop d'iodure de potassium.**

| | |
|---|---|
| Sirop d'écorces d'oranges amères | 500 grammes. |
| Iodure de potassium | 10 grammes. |

F. S. A. La cuillerée à bouche de 20 grammes représente 40 centigrammes d'iodure. Ce sirop est d'une administration facile, agréable, ne causant en général aucun trouble des fonctions de l'estomac et des intestins.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**De l'emploi de la santonine dans les maladies internes de l'œil.**

J'ai commencé en 1838 une série d'expériences sur la valeur comparative des divers traitements des maladies internes de l'œil; elles ont duré deux années. Cette étude m'a conduit depuis à adopter définitivement pour le traitement général des maladies internes de l'œil une méthode ayant essentiellement pour but et pour résultat de modifier l'endosmose et la circulation capillaire de l'organe visuel. Ainsi, j'ai remplacé les saignées et les sangsues par des ventouses sèches, ou scarifiées, appliquées à la base du crâne, sur le cou, entre les épaules, et maintenues longtemps, toujours au moins dix minutes, quelquefois trois quarts d'heure, une heure, et renouvelées au besoin. J'ai presque supprimé dans ma pratique courante le vésicatoire et le séton à la nuque, surtout pour les ophthalmies internes, ne conservant que le vésicatoire au bras. Je fais prendre l'iode et l'ammoniaque sous forme de sels à l'intérieur comme modificateurs du sang, et par suite de l'endosmose de la circulation capillaire. J'ai remplacé les impuissants vésicatoires volants appliqués sur les tempes, le front et le cuir chevelu, par des vésications très-faciles et très-puissantes, au moyen de la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Huile camphrée | 2 parties. |
| Ammoniaque | 1 partie. |

Ces vésications agissent à la fois comme agents de révulsion et comme agents de résolution par l'absorption de l'ammoniaque.

Enfin, j'ai employé en frictions des pommades et des solutions contenant de l'iode et de l'ammoniaque, sous des formes très-diverses, sur la tempe, le front et la paupière supérieure. Je n'ai point proscrit les mercuriaux, mais j'en ai restreint et modifié l'usage, ayant toujours le soin de les faire sortir de l'économie après les y avoir introduits, et leur adjoignant pour frictions les chlorures alcalins ou l'iodhydrate d'ammoniaque. Quant aux narcotiques, tels que l'atropine et son sulfate, la morphine et son chlorhydrate, j'en ai toujours usé très-largement.

Cette méthode est celle qui m'a permis d'obtenir des arrêts de développement et même des améliorations dans cette ophthalmie interne, que l'on appelle la cataracte. Le *Bulletin de Thérapeutique* a enregistré à cet endroit des faits qui ne laissent aucun doute, encore que ce progrès thérapeutique ait été nié au Congrès de Bruxelles par des hommes très-éminents.

Il s'agit aujourd'hui d'un nouveau progrès dans cette méthode générale de traitement appliquée aux ophthalmies internes que nous venons d'exposer. Nous sommes à la recherche des substances qui peuvent modifier l'endosmose et la circulation des capillaires des tissus de l'œil, et tout d'abord nous avons jeté les yeux sur la *santonine*.

Qu'est-ce que la santonine? Pour nous, c'est une substance *photographique*, qui passe au jaune sous l'action du soleil, et dans l'intérieur du corps humain jaunissant constamment les rétines.

Comment agit-elle sur la vision? Ici les expérimentateurs ne sont pas d'accord. Sur environ cent malades, trois ne se sont aperçus d'aucune modification visuelle; la moitié a vu les objets jaunes un temps assez court, environ une heure après la prise d'un paquet de santonine; les autres ont eu plus de jaune dans la vision, et plus longtemps; enfin, un seul a conservé la vision jaune pendant près de douze jours, après avoir cessé de prendre de la santonine. Deux malades ont vu les objets plus blancs le soir à la lumière; mais je n'ai observé chez aucun d'autres phénomènes visuels. Mes expériences ont été faites cet hiver et je les continue. Elles ont eu presque toutes lieu à Nantes, par un temps froid et humide et sous une forte pression barométrique.

Passons aux résultats thérapeutiques. Je me suis aperçu, tout d'abord, que la santonine administrée à la dose de 40 centigrammes par jour, divisés en deux paquets, donnés dans de l'eau sucrée, du tilleul, etc., l'un le matin, l'autre le soir, agissait assez fortement sur l'iris et la choroïde : sur l'iris, en produisant chez plusieurs malades

qui étaient guéris d'iritis, mais chez lesquels il restait des *exsudats*, d'assez fortes envies de vomir, ou tout au moins des nausées ; sur la choroïde, en faisant renaître ces maux de tête choroïdiens, que trop souvent on confond avec les névralgies crâniennes. Cette observation m'a rendu très-prudent; sans cela, au lieu d'une centaine de malades, j'en aurais soumis deux cents à mes études, depuis que je les ai commencées.

En général, après le premier, ou tout au moins après le second paquet, les urines sont demeurées jaunes, mais la vision a été bien moins vite et bien moins profondément modifiée. Pourquoi n'ai-je pas obtenu, comme en Italie, de ces effets qui rappellent temporairement le glaucome? Je n'en sais rien. Toutefois, j'ai constaté chez une jeune personne que ces effets étaient dus à une blépharite muco-purulente très-légère, et qu'ils se combinaient avec ceux de la santonine. J'ai encore constaté que dans la congestion rétino-choroïdienne la turgescence des vaisseaux était augmentée temporairement avec tout son cortége de symptômes habituels; mais l'examen le plus sévère et le plus consciencieux ne m'a rien montré de plus.

L'action de la santonine n'est nullement en raison des doses administrées. Souvent, après la quatrième ou la cinquième dose, il n'y a plus d'effet produit. J'en interromps l'usage à la dixième dose seulement, et je recommence, huit ou quinze jours plus tard, une seconde, puis de la même manière une troisième administration du médicament.

J'ai cru d'abord que l'action de la santonine était proportionnelle à la modification visuelle produite. Ce fait est souvent vrai, mais j'ai quelques exemples de malades chez lesquels la santonine a produit des résultats, sans modifier sensiblement la vision. J'ai eu aussi des malades dont la vision n'a été modifiée qu'à l'administration d'une deuxième série de paquets de 20 centigrammes.

Chez une malade, chez une seule, elle a produit des spasmes et de très-vives douleurs en agissant d'une manière très-énergique sur le système nerveux de la vie végétative. Je n'ai pas vu cette malade, je m'abstiens donc de raconter les phénomènes anomaux et bizarres dont on m'a entretenu. Il s'agit, du reste, d'une fille un peu hystérique à qui sa maîtresse, qui s'était trouvée très-bien de la santonine, a cru devoir en administrer deux paquets d'elle-même, *proprio motu*.

Voici, jusqu'à présent, la série d'affections dans lesquelles j'ai obtenu des résultats, et dans lesquelles je crois pouvoir et devoir conseiller à mes confrères d'employer la santonine.

Dans la période tout à fait subaiguë de l'iritis, la santonine peut produire des effets utiles. Elle s'associe très-bien à notre médication habituelle et semble favoriser l'action de l'atropine. Plusieurs malades prétendent avoir la vue plus ferme, sans que j'aie pu constater la moindre modification anatomique dans leur état. Chez d'autres, j'ai vu se décoller des exsudats qui jusqu'alors avaient résisté ; mais ce fait, qui n'est pas constant, n'est même souvent que partiel ; cependant, un décollement partiel est souvent beaucoup. Quelquefois il se produit une amélioration dans un œil et l'état de l'autre semble s'aggraver sans douleur. Mais alors, si l'on ajoute à la santonine l'action des moyens usuels, le second œil participe bientôt à l'amélioration du premier.

Dans l'irido-choroïdite, les résultats sont les mêmes. Dans les choroïdites aiguës les plus graves, guéries, mais guéries avec une grande réduction visuelle et des exsudats très-variables, l'action de la santonine administrée à l'intérieur n'est pas indifférente. Beaucoup de malades, après ces cruelles et si redoutables affections, ne voient plus passablement que le dos tourné au jour. Je n'ai point constaté chez eux de phénomènes apercevables, de modifications *anatomiques*, mais j'ai constaté la modification *physiologique* que voici : les malades peuvent voir devant eux, quand on les place en face d'une fenêtre, et la santonine contribue à arrêter le développement de la cataracte consécutive, de cette cataracte que j'ai prise longtemps pour un phénomène critique de la maladie, quand elle n'était que le résultat d'une modification choroïdienne. Ainsi, distinguons bien entre les phénomènes *objectifs* et les phénomènes *subjectifs*. Les phénomènes objectifs restent sensiblement les mêmes, les subjectifs sont modifiés dans une direction très-favorable à la vision. Ceci est de la dernière importance. Nul doute que cette étude n'amène à sa suite de nombreuses recherches : il y aurait lieu à contradiction, si, dès aujourd'hui, je ne limitais le résultat produit par la santonine. L'on peut, en effet, me dire : « Vous ne guérissez pas les désordres produits par la choroïde. » C'est vrai, mais j'améliore la vision, et c'est là ce que me demande avant tout le malade. Pour certaines cataractes, on m'a dit : « Elles existent encore, le malade n'est pas guéri. » Non, mais il a obtenu ce qu'il voulait, il voit assez pour lire et pour écrire. Sachons donc distinguer mieux qu'on ne le fait d'habitude entre les améliorations objectives et subjectives. N'oublions jamais que la guérison d'une morphose, d'une production pathologique, peut être impossible dans l'état actuel de la science, quoique l'on puisse cependant conserver et améliorer une fonction très-impor-

tante menacée par cette morphose, par cette production pathologique.

J'ai essayé la santonine dans des amauroses rétino-choroïdiennes avec exsudat; j'en soigne une en ce moment. Un premier traitement a eu lieu il y a deux mois, le malade ne pouvait plus compter mes doigts. Il a quitté Nantes après trois semaines de traitement, voyant à les compter à un mètre et demi, mais avec bien de la peine. Revenu à Nantes, il a repris le premier traitement, et dès le troisième jour il a vu à compter les doigts à quatre mètres. Ces expériences se font en plaçant toujours le malade dans la même situation, le dos tourné au jour.

Je n'ai pas craint d'employer la santonine, quand il y avait légère dilatation pupillaire amaurotique, diplopie, et résorption d'une partie du pigment à la suite de congestion rétino-choroïdienne; mais alors j'ai employé plus activement les ventouses sur le cou. Dans ces circonstances, j'ai vu très-peu de coloration visuelle des objets par le médicament. Je soigne actuellement un officier de dragons qui n'en a pas eu du tout, et cependant, encore que nous ne soyons qu'au septième jour, il voit à lire de l'œil malade avec le numéro 24. J'ai employé la santonine dans deux amblyopies chlorotiques sans altération visible à l'ophthalmoscope, et, dans les deux cas, le résultat a été favorable.

Je n'ai osé y recourir ni dans l'amaurose albuminurique, ni dans les affections oculaires produites par le diabète; mais je m'en trouve bien en ce moment chez un jeune homme qui est devenu amblyopique à la suite d'une angine couenneuse.

Voilà pour les faits *positifs*, pour les circonstances dans lesquelles il n'y a plus de doute dans mon esprit : toutefois, je ne me suis pas arrêté dans cette voie; j'ai essayé la santonine à la suite de contusions sur le globe oculaire, dans la kératite postérieure, dans les ophthalmies externes, et je considère cette substance comme un premier pas dans la recherche de médicaments propres à modifier l'endosmose et la circulation capillaire. N'oublions pas non plus que la santonine est une substance photographique, qu'elle se colore dans notre économie comme au soleil. Ce fait posé, on comprendra que je me préoccupe de l'action interne des médicaments qui peuvent changer d'état, s'oxyder, par exemple, dans notre économie.

A. Guépin, D.-M.,
à Nantes (Loire-Inférieure).

---

**Observations pour servir à l'étude comparée de l'action du tartre stibié à haute dose et du perchlorure de fer dans les cas de croup et d'angine couenneuse.**

L'idée incomplète que l'on se fait souvent de la nature des affections spécifiques peut conduire les médecins à rejeter de la thérapeutique de ces maladies des médications qui sont loin de réussir dans tous les cas, mais qui peuvent amener de nombreux succès, quand on en fait seulement un usage raisonné.

« Une affection spécifique, est-il dit dans des ouvrages estimés, dérive d'une altération morbide mystérieuse, simple et une, que l'analyse clinique ne peut absolument parvenir à décomposer en divers éléments formateurs. » Cette définition ne nous semble nullement convenir à la généralité des maladies spécifiques, qui, loin de se présenter à l'état de simplicité dans la nature, se montrent, même dès leur origine, manifestement complexes et constituées foncièrement par des éléments divers dont il est indispensable de faire avec soin la distinction. Les angines couenneuses, par exemple, ne sont pas seulement formées par cette modification pathologique particulière qui fait leur caractère le plus saillant, et qui fait sourdre une série de fausses membranes des muqueuses du pharynx ou du larynx; dès le début de ces angines, un état fluxionnaire, qui a lui-même une nature complexe et variable selon les temps et les lieux, se joint à l'élément couenneux. On ne pourrait songer uniquement en thérapeutique à celui-ci, sans s'exposer à des mécomptes sans nombre; on enregistre, au contraire, des guérisons relativement fréquentes quand on se préoccupe à la fois de l'état fluxionnaire et de l'élément particulier qui préside à la formation des fausses membranes.

Le tort de trop simplifier les maladies spécifiques est souvent joint à un autre, qui a des conséquences non moins fâcheuses; c'est celui de croire qu'on ne peut traiter ces maladies que d'une des deux manières suivantes : soit en les livrant à leur marche naturelle, en les confiant presque entièrement aux efforts médicateurs de l'organisme, ce qui est certainement la meilleure manière de se comporter dans un grand nombre de fièvres exanthématiques; soit en recourant à des médications aussi mystérieuses dans leurs actions que les affections auxquelles on les adresse, mais dont l'expérience a fait reconnaître les vertus curatrices particulières dans certaines de ces affections. C'est par ces médications spécifiques qu'on traite ordinairement avec tant de bonheur les fièvres intermittentes et la syphilis.

On n'a jamais pu songer à traiter la diphthérite par la méthode naturelle, mais on ne s'est pas fait faute de déclarer implicitement ou explicitement spécifiques une foule de remèdes qui, parfois bien indiqués dans cette affection par l'état fluxionnaire ou des conditions individuelles, ont pu donner des séries de succès ou aider au moins à la guérison. Les mêmes moyens ayant échoué dans des conditions différentes de milieu ou d'individus, il s'en est suivi que des médecins nombreux, ne se contentant pas de nier la vertu spécifique de ces moyens, ont refusé d'ajouter aucune foi à leur action curatrice; on a jeté ainsi dans l'oubli de nombreux agents qui auraient pu être fort utiles, ce qui n'eût pas eu lieu si on eût cherché les véritables causes de leur efficacité dans tels cas et de leur impuissance dans tels autres.

Le tartre stibié à haute dose et le perchlorure de fer, trop vantés peut-être par quelques-uns dans le traitement du croup et des angines couenneuses, ne méritent point d'être délaissés comme tant d'autres médicaments qui ont été prônés contre ces affections; ils ne sont pourtant, pas plus que ces derniers, des spécifiques, et vouloir les donner comme tels serait s'exposer à les faire abandonner par ceux qui, par une cause quelconque, auraient eu d'abord la mauvaise chance de n'obtenir avec eux aucun bon résultat. Il importe donc de préciser autant que possible leur mode d'action, de rechercher les conditions qui les réclament et celles qui en interdisent l'usage, de limiter justement pour la rendre plus durable leur utilité dans les maladies qui nous occupent. Nous n'espérons pas accomplir nous-même cette importante tâche; notre but est d'offrir simplement quelques matériaux à celui qui voudra s'en acquitter.

Le tartre stibié à haute dose est à la fois, dans le croup, un moyen perturbateur et jugulateur; il peut aussi, par les vomissements qu'il provoque, favoriser le détachement des fausses membranes et amener leur expulsion. Sous ce dernier rapport et comme agent perturbateur, le tartre stibié peut être remplacé par d'autres émétiques qui conviennent même mieux dans quelques circonstances; ainsi, dans les dernières épidémies qui ont sévi dans les hôpitaux de Paris, l'ipécacuanha a été presque toujours préféré au tartrate de potasse et d'antimoine, dont on redoutait, sans doute avec juste raison, les effets débilitants. Ce serait une exagération fort regrettable que d'avoir en tout lieu et en tout temps une même crainte. Depuis deux ans, une épidémie de fluxions catarrho-couenneuses règne dans notre pays, ou, pour mieux dire, dans toute la vallée de l'Hérault,

et nous n'avons pas eu, dans l'immense majorité des cas, des raisons pour préférer l'ipécacuanha au tartre stibié.

Ce n'est pas par son action perturbatrice ni par ses effets mécaniques que ce dernier remède nous a paru principalement utile dans le traitement du croup et des angines couenneuses ; c'est surtout comme jugulateur, comme capable d'empêcher tyranniquement la puissance vitale de poursuivre ses manifestations pathologiques, que le tartre stibié a paru le plus évidemment avantageux. Il convient toutefois de remarquer que cet agent n'est pas ici jugulateur à cause seulement de sa vertu hyposthénisante ou débilitante ; il l'est surtout par sa propriété spéciale de modérer les mouvements fluxionnaires qui ont pour terme les voies respiratoires. Comment s'exerce cette propriété spéciale, qui est loin d'être dévolue à toute sorte d'hyposthénisants ? Nous n'essayerons à ce sujet aucune explication ; il nous suffit de constater le fait qui, dans le cas actuel, s'accorde parfaitement avec cette présomption si naturelle que des agents purement débilitants ne pourraient guère être avantageux dans une affection si capable elle-même d'altérer les forces de la vie.

Un savant professeur de la marine, M. Fonssagrives, a soutenu dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. LVII, p. 145) les bons effets de la potion rasorienne dans diverses affections fébriles des organes respiratoires, notamment dans certains cas de phthisie pulmonaire. Ici encore, c'est une affection spécifique à laquelle se joint fréquemment un état fluxionnaire variable de nature et d'intensité ; le médecin de Cherbourg ne se propose pas de produire une action purement hyposthénisante au moyen du tartre stibié à haute dose, puisqu'il joint à l'administration de ce remède un régime nutritif ou propre à soutenir les forces et le jeu nécessaire des fonctions assimilatrices ; mais ce qu'il veut, c'est réduire notablement, par un agent auquel il attribue après tant d'autres cette vertu, la vivacité des mouvements fluxionnaires qui se portent vers le poumon.

Les métamorphoses ou substitutions organiques qui s'opèrent dans la phthisie pulmonaire ne sont pas ordinairement d'assez fraîche date, quand elles sont reconnues et qu'elles entraînent un mouvement fébrile accentué, pour qu'on puisse espérer enrayer complétement l'affection tuberculeuse par le moyen dont il s'agit. Les résultats rationnellement promis par M. Fonssagrives ou déjà obtenus par lui ne sont pas déjà à dédaigner, et ils ne sauraient trop fixer l'attention des praticiens, qui seraient certes heureux d'avoir à leur service un moyen si facile « d'entraver d'une manière définitive,

dans bien des cas, la tendance au ramollissement, et de rendre en quelque sorte indéfini ce sommeil de la diathèse tuberculeuse, qui persiste quelquefois spontanément pendant un grand nombre d'années. »

Les conditions dans lesquelles on observe le croup ne ressemblent guère à celles qui se rencontrent dans la phthisie pulmonaire. Les productions couenneuses, qui sont la manifestation de la maladie, et qui la font redouter, peuvent, dans un grand nombre de cas, être aperçues à leur naissance; elles arrivent presque toujours avec le cortége de symptômes qui accompagne les fluxions les plus aiguës. L'espoir de mettre fin à toute la maladie, en entravant le mouvement fluxionnaire qui a ouvert la scène morbide et qui alimente l'exsudation couenneuse, est certainement fondé : l'observation des faits confirme pleinement à ce sujet les suggestions de la théorie.

Mais le tartre stibié à haute dose, avons-nous dit, débilite à l'excès, et, dans une affection aussi aiguë et aussi promptement funeste que le croup, il n'est pas possible d'éloigner les doses, de ne pas maintenir les sujets sous l'action incessante et antifluxionnaire du remède; de plus, la diphthérite est elle-même une maladie qui abat l'énergie et jette le désordre dans les forces vitales. Les contre-indications du tartrate de potasse et d'antimoine doivent donc être plus nombreuses que ne l'avaient fait pressentir certaines communications fort intéressantes, du reste, mais dans lesquelles le nombre des succès par la méthode rasorienne est porté à un chiffre relativement si élevé que les praticiens en général ont dû en être surpris.

C'est à ces communications que nous devons notre premier succès par le tartre stibié à haute dose; nous le publiâmes dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. LVI, p. 376). Depuis ce temps, notre expérience porte sur une vingtaine de cas; un de nos confrères, qui a essayé à peu près autant de fois le même remède, nous a fait part de ses remarques, qui sont d'un accord parfait avec notre propre observation. De cet ensemble de faits, nous avons cru qu'on pouvait tirer momentanément les propositions suivantes :

1° *Relativement à l'âge :* — Le tartre stibié à haute dose ne nous a pas réussi chez les enfants âgés de quelques mois seulement. Ce remède n'a pu être longtemps continué chez les malades âgés de moins de deux ans; il a produit chez eux une prostration des plus grandes, à laquelle il a fallu tâcher d'obvier au plus vite, souvent sans succès. Nous avons obtenu quelques guérisons chez les sujets âgés de deux à six ans; mais dans la plupart de ces cas encore, il a fallu recourir à la fin à des toniques puissants et abandonner la potion

stibiée le plus tôt que cela a été possible. Tous les enfants âgés de plus de six ans et qui ont été traités par cette médication ont guéri.

2° *Relativement à la constitution individuelle et au tempérament :* — Les sujets en apparence sanguins ne sont pas toujours les plus forts, cela est clairement ressorti de nos observations actuelles. En effet, les enfants qui ont le mieux résisté à l'action du tartre stibié et qui ont eu le moins de peine à guérir sous son influence étaient doués de plus de vigueur que d'embonpoint. A les voir maigres et peu colorés, nous les prenions d'abord pour plus chétifs qu'ils ne l'étaient.

3° *Relativement à la constitution atmosphérique et médicale :* — Les temps tempérés, plutôt secs qu'humides, ont paru les plus favorables à la cure du croup. Pendant les jours d'excessive humidité, l'affection était plus rebelle, les forces s'éteignaient plus vite et l'intoxication diphthéritique se produisait plus constamment ; des fausses membranes apparaissaient derrière les oreilles, sur les plaies des vésicatoires ou des cautères. Un fait assez curieux à signaler, à cause de cette fâcheuse influence d'une atmosphère très-humide, est celui-ci : les cas de croup apparaissaient surtout par petites séries de deux ou trois exemples, à la suite des jours où avait soufflé un vent du nord glacé. Or, ce vent est relativement sec dans nos pays ; notre observation sur son action occasionnelle a été assez constante pour nous faire prédire, quand nous sentions cette bise froide, que des cas de la maladie se manifesteraient les jours suivants ; rarement notre crainte se trouvait démentie par les faits. En février dernier, après deux jours d'un vent semblable et pendant sa durée, on nous fit lever dans une même nuit pour trois cas en apparence des plus graves : respiration bruyante et gênée, toux rentrée et presque impossible, voix éteinte, mais pas la moindre fausse membrane dans le fond de la gorge ; l'un de ces malades avait quatorze ans, l'autre sept ans, le troisième dix ans. Le tartre stibié à haute dose fut administré chez ces trois sujets et ils guérirent ; le premier prit deux potions chacune de 50 centigrammes, le second continua le remède pendant trois jours, le dernier ne prit qu'une potion. N'ayant pas vu de fausses membranes dans ces cas, n'en ayant pas vu même depuis le commencement de janvier, nous ne crûmes pas à de véritables croups, mais à des angines striduleuses catarrho-inflammatoires. Nous pensâmes que si, à la suite de l'influence occasionnelle habituelle, la fausse membrane n'apparaissait plus, cela pouvait tenir à la disparition de la prédisposition épidémique dans nos pays ou

au moins dans notre ville ; notre espérance depuis trois mois n'a pas encore été déçue. Disons que, précisément à la même époque où nous observions les malades dont il vient d'être question, une jeune fille de six ans traitée par un de nos confrères par les saignées locales fut enlevée dans très-peu de temps, en deux jours, je crois. Ce confrère nous a déclaré qu'il n'avait pas vu de fausses membranes au fond de la gorge. Ce caractère anatomique n'a-t-il pas manqué ? La situation pathologique ne permet pas, en tous cas, d'assurer qu'il a existé. Nous avons nous-même employé quelquefois la saignée durant l'hiver qui vient de s'écouler ; nous devons déclarer que, excepté dans un seul exemple, elle ne nous a servi qu'à précipiter les malades au tombeau. Nous ne prétendons pas nous appuyer sur ces résultats pour exclure, en tout temps, les émissions de sang du traitement des angines laryngées couenneuses ou non ; nous savons trop que des faits recueillis dans d'autre temps ou dans d'autres pays pourraient donner un démenti à une assertion aussi exagérée, aussi peu rationnelle.

Depuis quatre ou cinq ans, la constitution de nos pays est foncièrement asthénique et muqueuse. C'est là le cachet de toutes les maladies régnantes, mais cela à des degrés divers, selon les saisons. L'hiver et le printemps qui commence ont un peu amélioré la vigueur des populations et effacé des affections morbides une partie de leur asthénie. Aussi, dans les derniers temps, le tartre stibié à haute dose nous a réussi davantage et a trouvé une application plus fréquente encore que pendant l'automne dernier.

Avant de compléter cette note par le récit de quelques faits pris pour types de nos observations en général, disons un mot du perchlorure de fer qui nous a bien servi dans des cas divers où la potion rasorienne a été contre-indiquée ou a dû être suspendue.

La diphthérie ayant de la tendance à altérer les forces de la vie, il semblerait que le perchlorure de fer dût être généralement préféré au tartre stibié dans le traitement de cette affection. Nous pensons, en effet, qu'il doit en être ainsi dans certaines épidémies, dans les cas où le génie médical fortement adynamique fait tendre les organismes à la cachexie couenneuse. Dans des circonstances différentes de celle-là, ce serait vraiment avec peine que nous renoncerions, sans l'avoir de nouveau éprouvé, au remède que nous avons étudié le premier. Au reste, l'usage d'un de ces moyens n'est nullement interdit à celui qui fait emploi de l'autre. Les deux agents peuvent être mis à profit, non-seulement dans un même temps et chez des sujets différents, mais chez un même malade à

différentes périodes de son affection. Cela se conçoit sans peine, le sel de fer ayant des propriétés analeptiques et le tartrate stibié étant, au contraire, débilitant.

D'après les relations de quelques médecins, on pourrait croire que le perchlorure de fer n'est utile dans la diphthérie que par sa propriété tonique ou analeptique. Nous ne pouvons le penser ainsi et supposer que d'autres préparations martiales seraient capables de suppléer le perchlorure dans la période aiguë du croup. A coup sûr, ce remède administré à l'intérieur modifie autrement que les autres ferrugineux le sang et par suite les fonctions diverses, hygides ou morbides, de sécrétion ou d'excrétion. Un fait est d'ailleurs incontestable aujourd'hui, c'est que l'exsudation pseudo-membraneuse, caractère essentiel du croup, peut très-bien, sous l'influence de cet agent, être amoindrie dans certains cas et complétement empêchée dans certains autres. Nous devons mettre à profit ce résultat et celui que l'administration du tartre stibié nous a aussi donné; nous devons chercher plutôt à combiner les actions des deux remèdes selon les circonstances individuelles ou ambiantes qu'à chercher à exclure constamment l'un d'eux pour faire de l'autre une panacée toujours convenable.

Obs. I. *Croup. — Cautérisation des plaques de l'arrière-gorge. — Tartre stibié à haute dose. — Insufflations d'alun. — Guérison.* — Marie Siadous, âgée de onze ans, d'une constitution en apparence frêle, d'un tempérament lymphatique, n'ayant pourtant aucun précédent morbide, se réveille le 3 décembre avec un enrouement excessif, auquel ses parents n'attachent pas une grande importance pendant trois jours. Dans la nuit du troisième au quatrième jour, la respiration devient bruyante durant le sommeil, ce qui commence à effrayer les parents; la jeune fille est agitée et se réveille de temps en temps en sursaut, faisant signe qu'elle étouffe. On ne nous fait appeler que le soir du même jour. Voici les symptômes que nous notons:

Respiration rude et sonore, s'entendant de la pièce voisine; toux sèche, voilée, incomplète; voix éteinte. Aucun engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. La malade se plaint dans la région du larynx. Diverses fausses membranes s'aperçoivent au fond de la gorge; la plus étendue siége sur la paroi postérieure et gauche du pharynx. Nous cautérisons immédiatement avec la pierre, et, la malade nous laissant bien procéder à cette opération, nous parvenons presque à enlever toutes ces fausses membranes, qui sont des plus résistantes pourtant. Pouls fréquent, assez résistant; peau chaude et sèche; physionomie bonne; face un peu plus rouge que d'habitude.

Potion avec : tartre stibié, 75 centigrammes; 20 grammes de sirop diacode; 120 grammes d'infusion béchique. Une demi-cuillerée à bouche chaque demi-heure.

A dix heures du soir, la malade a beaucoup vomi. Une fausse membrane semi-tubulée, longue d'un centimètre et demi, est retirée du liquide rendu et présente la même consistance que celles déjà mentionnées. Cependant, à notre visite, l'agitation et la dypsnée sont assez grandes; la face est plus vultueuse. Les parents nous disent que ces moments d'exacerbation se sont déjà répétés à diverses reprises.

Continuation de la potion stibiée. Cataplasmes sinapisés aux pieds. Frictions mercurielles belladonées à la région supérieure du cou.

Le lendemain matin, sixième jour, il n'y a pas d'amélioration bien sensible. Il y a eu encore quelques vomissements; pas de selles; langue nette; assoupissement. A peu près mêmes symptômes locaux que la veille. Une seule fausse membrane au fond de la gorge; fragments de produits semblables dans le liquide vomi.

Nouvelle potion stibiée; nous remplaçons en partie le sirop diacode par le sirop de gomme. Nous touchons l'arrière-gorge avec un pinceau de charpie chargé d'alun, et nous recommandons au père de faire cette opération toutes les deux heures.

Dans la journée, il y a encore des moments de grande dyspnée. Le soir, la face est pâle, les yeux sont enfoncés; mais le bruit respiratoire est moins sonore et moins rude. Vomissements rares avec débris de fausses membranes dans les matières rejetées; sueur assez abondante.

Nous ne faisons prendre la potion stibiée que par cuillerées à café chaque heure.

Le matin du septième jour, il faut s'approcher du lit pour entendre le bruit de la respiration. La voix est toujours éteinte et la toux petite, voilée, incomplète. Les yeux sont enfoncés et entourés d'un cercle bleuâtre. Assoupissement. Pouls encore régulier et résistant. Nous enlevons avec le nitrate d'argent une fausse membrane de l'amygdale droite. Les sueurs continuent.

Troisième potion avec 50 centigrammes de tartre stibié, 20 grammes de sirop de gomme, 20 grammes de sirop de fleurs d'oranger, 100 grammes d'infusion, par cuillerées à café chaque heure. Crèmes d'orge et de pain.

Le soir, l'amélioration continue lentement. Pas d'exacerbation. Deux selles abondantes. Peau moite.

Le huitième jour, respiration douce; toux avec les mêmes caractères; voix éteinte. Le fond de la gorge est rouge et net. Nous continuons néanmoins les attouchements avec l'alun. Potion stibiée par cuillerées à café toutes les quatre heures. Viande grillée, biscuit trempé dans l'eau rougie.

Le neuvième jour, meilleure physionomie; respiration douce; sommeil tranquille. La toux n'est pas encore libre comme nous le voudrions. Même traitement.

Le dixième jour, nous suspendons toute médication, sauf quelques rares insufflations d'alun. La toux est un peu plus humide et pleine. Ce n'est que plusieurs jours après que nous permettons à la malade de se lever. La voix reste éteinte pendant près de deux mois.

*Réflexions.* — La lecture de cette observation ne laisse aucun doute sur la localisation de la maladie, ni sur le bénéfice produit par le tartre stibié à haute dose. Un ancien médecin du pays, fort expérimenté, nous conseilla beaucoup, dans un cas malheureux où il fut appelé en consultation, de faire usage de frictions mercurielles abondantes sur la région du cou, pour aider le détachement des fausses membranes et pour diminuer aussi l'inflammation du siége de la maladie; l'indication et le remède nous ayant paru rationnels, il est rare, depuis lors, que nous fassions vomir les malades sans prescrire préalablement, ou en même temps, ces frictions, que nous faisons répéter d'abord toutes les deux heures. Ce n'est pourtant pas à ce moyen secondaire que nous attribuons la guérison, car il a été employé par nous dès le début de l'épidémie, à une époque où nous n'avions guère que des insuccès dans les cas de croup confirmé. Les vomitifs répétés, les cautérisations étaient, dans ce temps, notre principale méthode de traitement; les réussites étaient constantes dans les angines couenneuses simples; mais, quand la fausse membrane avait manifestement envahi le larynx, nos efforts étaient presque toujours inutiles.

Nous avons remarqué que des sueurs abondantes s'étaient produites chez la malade dont nous venons de parler, le jour où l'amélioration avait commencé à se manifester. Serait-ce à ces sueurs qu'il faudrait attribuer le bénéfice de la guérison? Nous ne le pensons pas, sans nier pourtant leur utilité. Ces crises se sont montrées trop de fois impuissantes dans notre pratique pour que nous puissions fonder sur elles, dans un vrai croup, de légitimes espérances.

On a vu que nous avons fait longtemps usage de la poudre d'alun, dans le but de modifier les muqueuses de l'arrière-gorge. Cette substance nous a parfaitement servi dans tout le cours de l'épidémie; nous ne recourons ordinairement à son emploi qu'après la cautérisation au nitrate d'argent, et nous revenons même plusieurs fois à celle-ci pendant la durée du traitement.

RONZIER-JOLY, D. M.,
à Clermont-l'Hérault.

(*La fin au prochain numéro.*)

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité général pratique des eaux minérales de la France et de l'étranger*, par J.-E. Pétrequin, ex-chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'Ecole de médecine de la même ville, et A. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'Ecole de médecine de cette ville. (Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, aux concours de 1855 et de 1857.)

L'éclatante récompense qu'a obtenue le travail de MM. Pétrequin et Socquet, la haute approbation que lui a accordée l'Académie de médecine, rendent notre tâche facile ; car personne, et nous moins que tout autre, ne peut contester la compétence de ce corps savant, en ce qui touche les principales branches de l'art de guérir et les eaux minérales en particulier. Nous nous bornerons par conséquent à dire que nous souscrivons entièrement au jugement favorable qui a été porté sur ce livre par l'Académie. Mais nos lecteurs seront peut-être bien aises que nous leur fassions connaître le plan qui a été suivi par les deux auteurs. Nous le faisons d'autant plus volontiers que ce plan diffère, à certains égards, de celui qui a été adopté dans d'autres ouvrages et que les auteurs en particulier ont introduit dans la description des eaux minérales naturelles un facteur nouveau, l'étude *physiologique*, c'est-à-dire l'étude de l'action de ces eaux sur l'organisme sain, de manière à contrôler en quelque sorte les effets thérapeutiques par les effets que les eaux déterminent sur l'homme en santé.

La classification des eaux minérales qui a été adoptée par MM. Pétrequin et Socquet ne s'éloigne pas beaucoup de celle qui a été suivie par la plupart des auteurs dans ces derniers temps, si ce n'est par la création d'un groupe d'eaux bromo-iodurées; ils les divisent en cinq classes : 1° sources alcalines ; 2° sources salines ; 3° sources sulfureuses ; 4° sources ferrugineuses; 5° sources iodurées et bromurées. Chacune de ces classes est subdivisée : les sources alcalines en quatre ordres : 1° sources alcalines sodiques ou potassiques, 2° sources alcalines calciques, 3° sources alcalines calciques magnésiques, 4° sources alcalines mixtes; les sources salines en trois ordres : 1° sources salines chlorhydratées, 2° sources salines sulfatées, 3° sources salines mixtes; les sources sulfurées en deux ordres : 1° sources sulfurées sodiques, 2° sources sulfurées calciques; les sources ferrugineuses en deux ordres : 1° sources ferrugineuses carbonatées, crénatées ou silicatées, 2° sources ferrugineuses sulfatées, phosphatées ou chlorhydratées ; les sources bromo-iodurées en deux ordres : 1° sources bromo-iodurées alcalines ou salines ; 2° sources bromo-iodurées sulfureuses...

Voilà sans doute bien des divisions et des subdivisions, et nous nous demandons cependant s'il n'a pas fallu faire entrer de vive force dans l'une de ces classes et de ces ordres beaucoup d'eaux minérales. Ainsi les eaux de Plombières, par exemple, sont rangées parmi les eaux alcalines mixtes silicatées ; mais peut-on vraiment appeler *alcalines* des eaux dont la source la plus riche en principes alcalins ne renferme pas plus de 85 milligrammes de silicate de soude ou de potasse ? Les eaux du Mont-Dore sont aussi rangées parmi les alcalines mixtes ; mais sont-elles plutôt alcalines qu'autre chose, des eaux dont la source la plus riche ne contient que 63 centigrammes de carbonate de soude, 38 centigrammes de chlorure de sodium, 21 centigrammes d'acide silicique et 6 centigrammes de sulfate de soude ? Autrement dit, ne vaudrait-il pas mieux avouer franchement notre ignorance relativement à la véritable cause de l'action thérapeutique de certaines eaux minérales, plutôt que d'en faire honneur à un principe minéral que l'on trouve à chaque pas aussi abondant dans les eaux dont nous faisons usage chaque jour pour les besoins ordinaires de la vie ? Mais ce reproche ne s'adresse pas seulement à MM. Pétrequin et Socquet, il atteint tous ceux qui les ont précédés dans la carrière, et probablement beaucoup de ceux qui les suivront et qui préféreront se contenter d'une apparence plutôt que de confesser leur non-savoir.

Chacune de ces classes d'eaux minérales est traitée de la manière suivante : MM. Pétrequin et Socquet énumèrent successivement dans chaque ordre les principaux établissements d'eaux minérales qui s'y rangent, font connaître ensuite très-brièvement leurs conditions topographiques, leur appropriation, la composition chimique des sources, leurs effets physiologiques et thérapeutiques spéciaux. Puis, cette étude graphique terminée, ils étudient dans autant de chapitres l'action physiologique de chaque grande classe d'eaux minérales, les inductions thérapeutiques qui en découlent, l'action thérapeutique de ces eaux, les indications et les contre-indications de leur emploi. Rien de plus satisfaisant pour l'esprit qu'un pareil cadre, et nous devons rendre cette justice aux auteurs qu'ils ont fait de leur mieux pour le remplir. Tous ceux qui liront ce livre seront certainement de notre avis, et nous pensons par conséquent que le *Traité général pratique des eaux minérales de la France et de l'étranger*, de MM. Pétrequin et Socquet, aura bientôt pris place à côté des meilleurs livres sur les eaux minérales, dont la littérature médicale s'est enrichie dans ces derniers temps.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Alcoolé d'ergot de seigle** *substitué à la poudre de cette substance.* L'ergot de seigle est un agent qu'on ne saurait trop recommander contre les hémorrhagies qui précèdent ou suivent la délivrance. Mais la poudre d'ergot de seigle, qui de toutes les préparations de ce produit est encore la meilleure, s'altère promptement, elle est difficile à avaler, et provoque des vomissements. Afin de prévenir ces inconvénients, M. le docteur Caylan, de Cappelentes-Anvers, l'a remplacé par un alcoolé dont il a donné la formule en ces termes :

Pr. Poudre grossière d'ergot de seigle........ 8 grammes.
Alcool............... 24 grammes.

Faites macérer pendant six jours à froid, en ayant soin de secouer tous les jours la fiole bouchée; passez et exprimez fortement le résidu ; laissez reposer le liquide, décantez ou filtrez à volonté. L'inaltérabilité de cette préparation, qui permet de la conserver longtemps en puissance de toutes ses propriétés, est un avantage réel, qui en recommande l'usage. (*Ann. de la Société de méd. de Bruges.*)

---

**Aphonie alcoolique**, *traitée avec succès par les vomitifs. Bons effets de la syncope artificielle dans l'aphonie nerveuse.* L'aphonie alcoolique serait une affection assez rare, à en juger du moins par le silence que gardent la plupart des auteurs à son égard; dans tous les cas elle est peu connue; cette circonstance suffit déjà pour qu'on doive lire avec intérêt l'observation suivante, qui présente d'ailleurs quelques particularités dignes d'être notées.

Le nommé N***, âgé de trente-cinq ans, doué d'une grande tolérance alcoolique, bien que ne se livrant que très-exceptionnellement à des excès de boisson, à la suite d'un de ces rares excès, se plaignit tout à coup, étant dans son lit, d'éprouver une sorte de fourmillement dans les membres; il éprouve en même temps un sentiment de constriction laryngée et d'anxiété précordiale. Enfin, il veut parler, et la voix lui manque. Il était très-pâle et privé de sentiment. Il revient spontanément à lui-même après une syncope de dix minutes à peu près. L'aphonie est absolue; il ne peut plus se faire comprendre que par des signes. Appelé auprès de ce malade, voici ce que constate M. Hamon:

Le visage est vultueux; les yeux sont brillants, animés; point de céphalalgie d'ailleurs. Intelligence parfaitement lucide et tout à fait normale. Ainsi, aucun indice psychique d'ébriété actuelle; peau naturelle; pouls normal; respiration ample et facile ; anxiété précordiale, constriction laryngée persistante ; urines abondantes, à peu près normales, citrines et non sédimenteuses. La voix est complétement éteinte. La langue est belle et exécute librement tous les mouvements.

Tenant compte de la nature de l'élément étiologique, de la congestion du visage, de l'anxiété précordiale et laryngée, de la densité enfin assez considérable des urines, M. Hamon n'hésita pas à rattacher les accidents observés à une congestion des centres encéphaliques. Il prescrivit, en conséquence, pour tout traitement, une potion de 150 grammes de véhicule avec 12 grammes de bicarbonate sodique, à prendre par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure, jusqu'à concurrence de moitié, et ensuite d'heure en heure, jusqu'à épuisement total.

Le lendemain, voici dans quel état se trouvait le malade : le visage n'était plus congestionné ; toute trace d'anxiété laryngée et précordiale avait disparu. A part l'aphonie, qui persistait au même degré, l'état du sujet était aussi satisfaisant que possible. Il affirmait, du reste, que le soulagement avait été manifeste après deux ou trois cuillerées de sa potion. — Croyant n'avoir plus lieu de redouter les conséquences d'un raptus sanguin du côté du cerveau, et considérant la persistance des phénomènes laryngés comme un fait purement dynamique, M. Hamon pensa qu'il était rationnel de prescrire un vomitif, en vue d'imprimer au système nerveux de l'organe affecté une commotion salutaire. Il prescrivit une potion avec 0,20 de tartre stibié.

Cette médication eut les plus heureux effets; le malade eut trois vomissements et cinq selles. Ces effets perturbateurs se manifestèrent presque aussitôt. Il y avait à peine une heure que les premières doses de la potion avaient été données, que le malade put prononcer très-distinctement *non;*

au bout de deux heures, il pouvait proférer quelques paroles. Le soir même, il avait complétement récupéré l'usage de la parole

— Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher de ce fait le fait suivant, qui montre l'inefficacité du vomitif et le succès des anesthésiques dans un cas d'aphonie nerveuse d'un caractère évidemment différent du précédent.

Une femme de trente ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, était atteinte, depuis peu de jours, d'une aphonie nerveuse survenue à la suite d'une émotion. M. le docteur Poirier, de Termonde, institua un traitement antispasmodique. Après avoir vainement épuisé sans résultat toutes les ressources qu'offre la thérapeutique sous ce rapport, il chercha à provoquer une vive secousse dans l'organisme, au moyen d'un éméto-cathartique, mais il n'en obtint pas plus de succès. En désespoir de cause, il crut pouvoir recourir à une saignée du bras. A peine 200 grammes de sang s'étaient-ils écoulés que la malade tomba en syncope; au sortir de cette syncope, elle avait recouvré la voix. M. Poirier eut bientôt l'occasion de vérifier que c'était bien à la syncope et non à la déplétion sanguine ellemême qu'était dû ce résultat, ainsi qu'il le pensait. En effet, six semaines après, cette femme revint de nouveau avec son aphonie. Elle fut saignée debout, de manière qu'à peine le sang avait-il commencé à couler quand la syncope se déclara. L'effet fut aussi prompt et aussi complet qu'après la première opération, quoique la perte de sang de cette seconde fois eût été tout à fait insignifiante. Enfin, deux mois après, la malade étant encore revenue avec son aphonie, on eut recours cette fois, dans la même vue, à l'anesthésie chloroformique. Quelques minutes du sommeil anesthésique suffirent pour rendre la voix à la malade. (*Gaz. des hôpit.* et *Presse méd. belge*, mai 1860.)

---

**Compression digitale** *du canal de l'urètre, pratiquée durant une demi-heure, pour arrêter une hémorrhagie traumatique inquiétante.* Un ouvrier mécanicien étant tombé sur une roue d'engrenage, de manière que la verge fut prise entre la roue et le pubis, il s'ensuivit une rupture dans l'intérieur du canal, suivie d'une hémorrhagie par le méat. M. le docteur Mauriec, appelé auprès du blessé, considérant que l'hémorrhagie n'était pas très-abondante et que le sujet était robuste, se borna à prescrire l'application de compresses résolutives, et une potion contenant de l'ergotine et de l'opium. Cependant, le lendemain, l'hémorrhagie persistant toujours et le sujet commençant à devenir anémique (il avait perdu environ 2,400 grammes de sang), M. Mauriec se décida à recourir à un moyen hémostatique plus puissant. Il s'arrêta à la compression; il saisit tout simplement la verge entre l'index et le pouce, appliqués le premier sur le dos de la verge, et le second sur le canal, juste vers le point d'où le sang s'échappait. La cessation immédiate de l'écoulement sanguin lui donnant l'assurance que la compression était efficace, il en prolongea l'application pendant un demi-heure consécutive, sans désemparer. Au bout de ce temps, jugé suffisant pour la formation d'un caillot solide susceptible d'arrêter définitivement l'hémorrhagie, la compression fut suspendue; l'hémorrhagie était complétement arrêtée. Jugeant inutile dès lors de comprimer plus longtemps, M. Mauriec se contenta, pour prévenir le retour de l'hémorrhagie, de prescrire le repos le plus complet pendant plusieurs heures, le pénis étant maintenu dans une position élevée.

Du troisième au septième jour, sauf un léger suintement sanguinolent, apparaissant de temps en temps au méat urinaire, tout semblait indiquer qu'il n'y avait plus à craindre le retour de l'hémorrhagie. Il en fut cependant autrement. Dans la matinée du huitième jour, à la suite d'une forte quinte de toux, le sang revint avec autant d'abondance que le premier jour. Il coulait d'une manière incessante depuis plusieurs heures lorsqu'on fit appeler M. Mauriec. Il employa, pour l'arrêter, le même moyen qui lui avait réussi la première fois, et avec le même succès. Au bout d'une demiheure de compression, le sang était complétement arrêté. A dater de ce moment, l'hémorrhagie ne reparut plus, et la guérison marcha sans entrave.

Ce fait nous a paru intéressant tout à la fois comme exemple d'hémorrhagie traumatique de l'urètre, assez abondante et persistante pour nécessiter une intervention active de l'art, et comme exemple de succès du moyen de compression le plus simple et le plus élémentaire. (*Annales de la Société de médecine de la Loire*, 1860.)

---

**Goître** (*Alimentation médicamen-*

*teuse appliquée au traitement et à la prophylaxie du*). Partant de cette donnée physiologique qui a déjà dicté à M. Boinet sa méthode de l'alimentation iodée, savoir : que la meilleure manière de faire pénétrer les principes médicamenteux dans l'économie, c'est de les mêler aux aliments, M. E. Gonod, pharmacien à Clermont-Ferrand, a pensé que l'aliment (ou plutôt le condiment) qui se prêterait le mieux à ce genre de médication serait le sel marin, ce corps jouissant de la propriété de se dissoudre facilement dans les humeurs, et par là de pouvoir introduire aisément dans la circulation les principes auxquels il est combiné. Aussi est ce au sel marin qu'il propose de combiner un certain nombre de médicament actifs, tels que l'iode, le fer, le mercure, l'arsenic, etc. Pour nous borner à l'iode, M. Gonod a essayé de traiter de cette manière quelques cas de goître, et les tentatives qu'il a faites dans cette voie, avec le concours de quelques médecins de Clermont, lui ont donné, dit il, des résultats de nature à encourager les praticiens à multiplier ces expériences. (Il est regrettable que ces résultats n'aient pas été rapportés.) Quoi qu'il en soit, voici quelle est la méthode que M. Gonod a mise en œuvre et qu'il propose de suivre.

Pour un goître récent et peu développé, prendre chaque jour 1 gramme de sel résolutif, avec les éléments. Si le goître est volumineux et d'ancienne date, ajouter un traitement externe, frictions avec une pommade fondante.

Le sel résolutif contient par gramme 4 milligrammes d'iodure de potassium, 1 milligramme de bromure de potasse; le reste est du sel marin. (*Compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand*, 1860.)

---

**Intoxication saturnine.** *Son influence sur la conception.* C'est un fait extrêmement intéressant à plusieurs points de vue, particulièrement aux points de vue de la pathologie, de l'hygiène publique et de la médecine légale, que l'influence de certains empoisonnements chroniques, tels que l'empoisonnement saturnin par exemple, sur la conception et sur ses produits, et la transmission héréditaire de quelques-uns de ses effets. La thérapeutique y est peut-être la moins intéressée de toutes les parties de la médecine, et cependant elle n'y est pas tout à fait étrangère, car de la connaissance de ce fait il découle la nécessité d'insister d'autant plus sur les moyens de traitement propres à combattre ce mode d'intoxication, que le sujet malade n'y est pas seul intéressé, ou qu'il l'est également dans sa personne et dans sa progéniture. On lira donc avec intérêt le résumé suivant des faits très-curieux que vient de constater un interne distingué des hôpitaux, M. Constantin Paul, relativement à l'influence de l'intoxication saturnine sur le produit de la conception.

Frappé par l'observation d'une femme qui, après avoir eu successivement trois couches heureuses avant de s'exposer aux émanations saturnines, avait eu, depuis qu'elle s'était livrée à des travaux qui l'exposaient à ces émanations, dix autres grossesses, dont huit s'étaient terminées par des fausses couches et une par la naissance d'un enfant mort-né, M. Constantin Paul s'est livré, à dater de ce moment, à des recherches sur la proportion des avortements et des morts-nés chez les femmes qui manient le plomb, et il est arrivé aux résultats suivants :

Sur 81 observations, recueillies pour le plus grand nombre chez des femmes, quelques-unes seulement chez des hommes, l'auteur a constaté l'influence de l'intoxication sur les enfants (que ce soit le père ou la mère qui ait subi cette intoxication), révélée : par des métrorrhagies chez les femmes qui ont eu une suppression des règles pendant un ou plusieurs mois, avec tous les signes qui font présumer une grossesse; par des fausses couches de trois à six mois, par des accouchements prématurés, dans lesquels les enfants viennent morts ou mourants; par une mortalité au-dessus de la moyenne dans les trois premières années de la vie de l'enfant.

Dans une première série d'observations, toutes relatives à des femmes occupées à polir des caractères d'imprimerie, et qui ont eu toutes des accidents saturnins plus ou moins sérieux, on voit : 4 femmes qui ont eu en tout 15 grossesses, sur lesquelles 10 avortements, 2 accouchements prématurés, 1 mort-né, 1 mort dans les vingt-quatre heures, 1 seul enfant vivant; plus des métrorrhagies au nombre de trois chez l'une, fréquentes chez une autre.

Dans une deuxième série, 5 femmes ont eu en somme 9 enfants à terme, avant de s'exposer à l'influence du plomb; aucune d'elles n'a eu jusque-là

ni fausse couche, ni d'autres accidents de grossesse. Après que ces 5 femmes se sont exposées à l'action du plomb, il survient 36 nouvelles grossesses, sur lesquelles 26 fausses couches de deux à à six mois, 1 accouchement prématuré, 2 morts-nés, et 5 enfants morts, dont 4 morts dans la première année.

Une femme exerçant la même profession que les précédentes (polisseuse) était devenue 5 fois enceinte et avait fait 5 fausses couches. Elle quitte son état; elle devient de nouveau enceinte après, et elle accouche à terme et heureusement d'un enfant bien portant et qui vit encore.

Une autre série d'observations montre la même alternance dans le succès des grossesses, lorsqu'une femme vient à quitter et à reprendre à plusieurs reprises ses travaux.

M. Constantin Paul a constaté la manifestation de la même influence provenant du père, quand c'est lui qui a manié le plomb. — Cette dernière catégorie renferme 7 observations comprenant ensemble 32 grossesses survenues pendant que le père était exposé à l'intoxication saturnine. Sur ces 32 grossesses, 12 enfants sont morts avant terme (11 avortements et 1 mort-né). Des 20 enfants venus au monde vivants, 18 sont morts dans la première année, 4 dans la deuxième, 5 dans la troisième, 1 seul au delà de ce terme.

Enfin une dernière série montre que le fœtus peut mourir sous l'influence probable du poison saturnin, alors que soit par la minime quantité qui en a été absorbée, soit par le fait d'une immunité particulière de la mère, la dose étant plus ou moins considérable, il ne s'est manifesté chez elle aucun des symptômes ordinaires de l'empoisonnement (*Arch. génér. de méd.*, mai 1860).

**Névralgie** *des parois abdominales datant de quatre années; guérison par injection sous-cutanée de morphine.* Encore un cas des plus favorables à l'emploi des injections narcotiques sous-cutanées. Appelé le 6 décembre dernier auprès d'une dame affectée depuis quatre années et à d'assez longs intervalles d'une douleur de forme névralgique située du côté gauche, dans le milieu de l'espace compris entre les fausses côtes et le pli de l'aine, mais qui, depuis six jours, en souffrait d'une manière continuelle, M. le docteur Oliver trouva cette dame dans un affreux état de souffrance, gémissant et cherchant les positions les plus variées pour se soulager, la face injectée et les traits altérés, la peau fraîche, le pouls battant 65 fois à la minute, nausées et même quelques vomissements. M. Oliver songea immédiatement au chloroforme, et pendant deux heures elle fut maintenue sous l'influence de cet agent anesthésique; mais la douleur revenait dès qu'on cessait les inhalations; on les continua cependant toute la nuit, et, sans être guérie, la malade se trouvait soulagée le lendemain, car elle avait dormi pendant deux heures. Dans l'après-midi, la douleur reparut avec une nouvelle intensité; nouvelle administration du chloroforme, que l'on continua pendant dix heures; mais cette interruption ne fut encore que très-courte; survint une nouvelle attaque de douleur, plus forte que les précédentes. Enfin, depuis le 9 décembre au matin jusqu'au 14, force fut de maintenir la malade sous l'influence du chloroforme, presque continuellement, la douleur reparaissant dès qu'on la laissait sans anesthésique pendant quelque temps. Ce fut alors qu'on songea à l'injection sous-cutanée d'un narcotique : à l'aide de la seringue graduée de Wood, 60 gouttes de la solution de muriate de morphine furent portées dans le tissu cellulaire de la partie affectée. En quelques minutes la malade tomba dans un profond sommeil. Huit heures après on la réveilla, et, après, lui avoir fait prendre une tasse de thé, elle s'endormit de nouveau et passa une nuit parfaite. En se réveillant, elle n'avait plus l'ombre de douleur et demandait à manger avec instance. Quelques mois après, la malade continuait à être en bon état et à être débarrassée de sa douleur. (*Edinb. med. journal.*)

**Santonine** (*Accidents particuliers attribués à l'administration de la*). Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié les faits que M. le professeur Terzi a rapportés à l'appui de l'emploi de la santonine dans le traitement de l'amaurose nerveuse. La note de M. Guépin que nous publions dans ce numéro, p. 500, vient à l'appui des espérances qu'avaient fait concevoir les premières expérimentations. Voici cependant des faits qui seraient bien de nature à faire réfléchir sur l'emploi un peu large et peut-être un peu inconsidéré qui est fait depuis quelque temps de ce précieux vermifuge. Il résulterait d'un fait de M. Bianchi-Cogliesi que

l'amaurose pourrait être elle-même le résultat de l'administration de la santonine : un enfant de six mois, convalescent d'une affection varioleuse, prend dans la journée 5 grains de santonine, au lieu de 2 qui lui avaient été prescrits. Dès le lendemain on s'apercevait qu'il était devenu amaurotique : les yeux avaient leur transparence naturelle, mais il y avait de la mydriase et l'Iris était à peine sensible à l'action des rayons lumineux. C'est seulement après deux mois et demi de soins que la vue est revenue.

D'un autre côté, M. le docteur Ambrosi a rapporté trois observations desquelles il semblerait résulter que la santonine jouit d'une action élective sur les organes uropuiétiques. Ainsi chez une femme de vingt-cinq ans, convalescente d'une métrite, l'administration de quelques grains de santonine donna lieu à une sorte de rétention d'urine avec ischurie. Même accident chez un jeune garçon, à la suite de l'ingestion de 6 grains de santonine, et chez une jeune fille qui a des urines sanglantes. Reste à savoir si ces faits-là sont purement exceptionnels, ou s'ils témoignent d'une simple coïncidence. Toujours est-il qu'en présence de faits de ce genre, il semble prudent de ne pas s'éloigner, à moins d'indication spéciale, des préceptes donnés par Ruspini, c'est-à-dire de ne donner que 5 centigrammes de santonine aux enfants, et de 10 à 15 aux adultes et même en plusieurs fois. (*Racoglitore med.*, décembre et février.)

---

**Syphilis congénitale.** *Traitement direct. Guérison.* Tous les praticiens savent quelle est en général la gravité de la syphilis congénitale, et combien il est difficile et rare d'en obtenir la guérison. Aussi ne lira-t-on pas sans intérêt l'observation suivante, dans laquelle M. le docteur Fouriaux, de Clermont, a été assez heureux pour guérir un enfant réduit par une syphilis congénitale à un état de maigreur extrême, au moyen du traitement mercuriel direct.

Au mois de décembre 1857, dit M. Fouriaux, je fus appelé pour donner des soins à une femme qui avait accouché depuis une dizaine de jours, et qui souffrait d'un sein. Elle avait auprès d'elle un petit enfant dans un état de marasme, ayant les os de la face saillants, l'air maladif, et ressemblant à un petit vieillard. En l'examinant de plus près, je constatai une éruption de pemphigus à la paume des mains et à la plante des pieds. La maladie avait dû se produire par poussées successives, car on trouvait, à côté de bulles pleines de liquides roussâtres, des ulcérations profondes à bords tranchants et à fonds couenneux. Enfin, vers la marge de l'anus, il y avait des plaques rouge sombre surmontées, çà et là, de papules très-saillants. L'enfant était élevé au biberon. Il n'y avait donc pas moyen de songer à le traiter par la mère. Malgré l'état de marasme extrême de l'enfant et le peu de chances de succès que M. Fouriaux voyait dans un traitement direct, dans l'alternative de ne rien faire ou d'agir ainsi, il prit ce dernier parti. Il prescrivit une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten dans un demi-verre de lait chaud matin et soir, et fit panser le pemphigus avec la pommade au calomel. Pour régime, lait de vache sucré, eau de gruau sucrée pour boisson.

Appelé huit jours après, notre confrère ne fut pas peu surpris de voir le petit malade totalement métamorphosé. Sa peau n'était plus ridée, le pemphigus était remplacé par des croûtes aplaties sans inflammation; il n'y avait plus rien à la marge de l'anus.

Le résultat était trop beau pour ne pas continuer le traitement; c'est ce qui fut fait pendant trois mois, avec des intervalles de repos. La cure a été complète, et M. Fouriaux a revu depuis l'enfant à l'âge de dix-huit mois, dans un état de santé qui ne lui laissait aucun doute sur la certitude d'une parfaite guérison.

Quant à la mère, qui avait fait l'aveu qu'avant d'être mariée elle avait eu des chancres pour lesquels elle avait subi un traitement très-incomplet, M. Fouriaux la soumit à l'usage de l'iodure de potassium, en commençant par un demi-gramme par jour, puis un gramme; la guérison a été si bien assurée par ce traitement, qu'elle est accouchée depuis d'un enfant bien portant et parfaitement sain.

Bien que ces deux faits ne révèlent rien de nouveau au fond, ils ne nous ont pas moins paru intéressants, surtout comme exemple d'une guérison complète et rapide de la syphilis congénitale par le traitement direct, qui est de nature à encourager les praticiens à recourir en pareil cas plus hardiment qu'ils ne le font d'ordinaire à ce mode de traitement. (*Compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand*, 1860.)

**Syphilis congénitale.** *Transmission d'un nourrisson à deux nourrices ; trois enfants devenus syphilitiques par l'allaitement.* Les faits de transmission de la syphilis des nourrissons aux nourrices, et réciproquement, ne sont pas contestables et ne sont plus contestés aujourd'hui par personne. C'est donc moins pour apporter une preuve de plus à l'appui que nous rapporterons le fait suivant, qu'à cause des circonstances particulières qu'il présente, et qui nous ont paru intéressantes au point de vue de l'histoire de la marche encore peu connue des accidents transmis.

Une jeune femme, Antoinette A***, accouchée depuis quinze jours, entre comme nourrice à la crèche. Elle ne présente rien de suspect ; son lait est de bonne nature et abondant. Les divers enfants qu'elle allaite successivement sont tous bien portants, lorsque le 1er octobre 1859 est admis dans cet établissement l'enfant Ch. Firmin, né le 26 septembre, ne présentant alors rien de particulier. Mais, au bout de vingt-cinq jours, cet enfant était atteint d'une éruption pustuleuse (ecthyma aigu), qui ne laissait aucun doute sur sa nature ; depuis plusieurs jours déjà il avait un muguet qui occasionna chez la nourrice des gerçures du sein. Ces gerçures s'agrandirent et finirent par s'ulcérer. Ces ulcérations, cautérisées d'abord avec le nitrate d'argent et traitées ensuite par la pommade au calomel, vont toujours en augmentant ; M. Barillier, appelé à donner ses soins, se décide alors à instituer un traitement antisyphilitique. L'enfant mourut le 19 novembre. A cette époque, les pustules d'ecthyma étaient desséchées et remplacées par des cicatrices cuivrées ; il existait des plaques muqueuses sur les fesses et au pourtour de l'anus, des ulcérations nombreuses sur les lèvres et sur le voile du palais. L'examen cadavérique fit constater de nombreuses lésions syphilitiques dans divers viscères.

En même temps que l'enfant Charles Firmin, on avait confié à la nourrice Antoinette un second enfant, Marie S***, très-bien constituée. Quelques jours après, cette petite fille eut le muguet, et fut envoyée à la campagne pour y être allaitée par la femme X***, jouissant d'une parfaite santé, ainsi que son mari, et ayant trois enfants parfaitement sains. Trois mois après, cette nourrice, qui ne présentait encore elle-même aucune trace d'infection syphilitique, amène à l'hospice l'enfant Marie S***, atteinte d'une éruption papuleuse syphilitique générale, qui fut bientôt suivie du développement de plaques muqueuses sur les parties génitales et d'ulcérations dans la bouche. Cette enfant est morte le 10 mars.

A l'autopsie, on a trouvé la muqueuse nasale ulcérée, la muqueuse du palais détruite en plusieurs points, les méninges ramollies et doublées d'une substance gélatiniforme, le foie couvert de taches blanchâtres, etc.

Après le départ de l'enfant Marie S***, un troisième enfant fut donné à la nourrice Antoinette, lorsqu'elle était encore parfaitement indemne, et qu'on ne pouvait pas soupçonner la syphilis chez l'enfant Charles Firmin. Cet enfant, Pierre C***, était sain, mais très-chétif. Il est décédé le 20 décembre avec un coryza très-prononcé, des ulcérations dans la gorge et dans les fosses nasales, et quelques bulles de pemphigus sur les cuisses et au pourtour des organes génitaux.

Catherine L***, âgée de vingt-huit ans, fille-mère, très-fortement constituée, nourrice à la crèche depuis dix mois, donna, pour obliger sa compagne, que les gerçures du sein faisaient cruellement souffrir, et à l'insu de la sœur et des médecins, trois ou quatre fois le sein à l'enfant Pierre C***, qui avait alors des ulcérations dans la bouche. Catherine avait des gerçures légères au sein. Au bout de quelques jours, ces gerçures se sont agrandies et ont pris un caractère fâcheux. Elles n'ont pas tardé à devenir de véritables ulcérations, et en même temps il est survenu chez cette nourrice un commencement d'érythème aux piliers postérieurs du voile du palais, une céphalalgie opiniâtre, de la courbature générale, de l'engorgement des ganglions cervicaux, puis plus tard une roséole. L'enfant qu'elle nourrissait, Lubin-Louis P***, entré à la crèche le 12 janvier, et qui se portait bien alors, a des ulcérations sur les lèvres, les gencives et la langue, une éruption cutanée syphilitique et des tubercules muqueux à l'anus.

Quant à la nourrice Antoinette, la première dont il a été question, elle a eu, quinze jours après l'apparition des ulcérations des seins, une roséole générale, suivie de tubercules muqueux à l'arrière-bouche et à la région génito-crurale, lesquels se sont ramollis et ulcérés plus tard. Elle a dû cesser d'allaiter et subir un traitement spécifique.

Ces faits confirment de la manière la plus évidente tout ce qui a été dit dans ces derniers temps touchant la transmission des accidents syphilitiques secondaires des enfants aux nourrices et réciproquement, et montrent en outre que les lésions qui résultent de cette transmission suivent quelquefois une marche galopante, qui exige la plus grande surveillance de la part des praticiens. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juin 1860.)

**Tumeurs et fistules lacrymales** *guéries par le caustique au chlorure de zinc*. M. le docteur Deval paraît obtenir de bons résultats de l'emploi du caustique au chlorure de zinc, dit *pâte de Canquoin*, dans le traitement des tumeurs et fistules lacrymales qui résistent, comme on le sait, à tant de méthodes diverses successivement préconisées. Voici quel est, d'après la relation que vient de publier M. Gillet de Grammont, élève en médecine, le procédé qu'emploie M. Deval et ses effets habituels.

On incise méthodiquement le sac et on le lave à l'aide d'une éponge imbibée d'eau froide. Quand l'écoulement du sang a cessé, on prend un cylindre de pâte de Canquoin nº 1, de la grosseur d'une plume de corbeau, préparé *ad hoc*; on en coupe un morceau long d'environ 8 à 10 millimètres, et on l'introduit par la plaie dans le sac. Le caustique ne tarde pas à agir, et le malade éprouve bientôt une douleur cuisante, qui dure quelques heures et s'éteint graduellement. L'escarre présente une teinte gris noirâtre, à bords parfaitement tranchés. La plaie est généralement entourée d'une auréole rouge, et quelquefois un peu œdémateuse, qui pourrait, à première vue, en imposer pour de l'érysipèle; mais c'est là simplement l'effet de la cautérisation. Toutefois, il faut recommander aux malades d'éviter le froid, pour prévenir tout accident de ce genre. Dans un laps de temps compris entre douze et dix-huit jours, l'escarre se détache, entraînant avec elle les détritus de la pâte, si on n'a pas le soin de les enlever douze, seize ou vingt-quatre heures après l'opération. La chute des parties sphacélées est bientôt suivie de la cicatrisation de la plaie, qui a lieu du 20 au 25 juin. Les téguments s'assouplissent peu à peu, et la cicatrice finit par disparaître. Le larmoiement, comme dans toutes les oblitérations du sac, diminue insensiblement et cesse à la longue.

M. Gillet de Grammont rapporte plusieurs observations dont les résultats militent en faveur de cette méthode, qui convient, dit-il, dans tous les cas, et même lorsqu'il y a carie, les caustiques acides ayant une action favorable dans les altérations du tissu osseux. M. Deval préfère la pâte de Canquoin au chlorure de zinc en cristal ou en dissolution, parce que sous ces deux formes le caustique est plus douloureux, qu'il peut déterminer des escarres plus étendues qu'on ne le désire, et par là amener de l'ectropion. La pâte a une action d'autant plus lente, plus graduelle et plus efficace, et est en même temps d'autant moins douloureuse, qu'elle a été préparée plus longtemps à l'avance. (*Gaz. des hôpit.*, mai 1860.)

## VARIÉTÉS.

### ENQUÊTE SUR LA VALEUR DES JAMBES ARTIFICIELLES DESTINÉES AUX AMPUTATIONS SUS-MALLÉOLAIRES [1].

Lettre à M. le docteur Michaux, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Louvain, par le docteur Debout.

Je commencerai par les faits fournis par les mutilés pauvres et qui ont pu continuer la profession qu'ils exerçaient avant de subir l'amputation sus-malléolaire, puis viendront les enfants amputés qui ont fait de suite usage d'une jambe artificielle et ont pris un état. Vous verrez avec un grand intérêt que le choix de leur métier n'a pas été influencé par leur mutilation. Je vous signalerai ensuite les femmes et les hommes exerçant une profession nécessitant une cer-

[1] Suite. — Voir la livraison précédente, p. 472.

taine activité; enfin, les individus qui, ayant subi une double mutilation, marchent avec deux jambes artificielles.

Ces exemples divers vous prouveront que mon enquête a porté sur un ensemble de faits propres à amener une conviction.

Ouvriers amputés reprenant le métier qu'ils exerçaient avant leur accident.

Obs. I. *Manouvrier amputé à l'âge de vingt-six ans. — Opération pratiquée au tiers inférieur de la jambe. — Usage d'une jambe avec pilon et prenant son point d'appui au bassin* (modèle Martin). — *Continuation depuis quinze années d'un rude labeur.* — Berna est âgé de quarante et un ans et paraît être d'une assez bonne constitution actuellement; il n'a pas été malade un seul jour depuis son amputation. Il porte cependant au cou des cicatrices nombreuses qui attestent que, dans son enfance et sa jeunesse, il a subi des accidents de scrofules. Vers l'âge de vingt-cinq ans, il fut affecté d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne gauche, qui, ayant résisté aux divers moyens thérapeutiques mis en œuvre, commanda le sacrifice du pied. Cet homme fut admis alors dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Necker, et l'amputation fut pratiquée au tiers inférieur de la jambe le 1er juillet 1845. Le vingt-septième jour après cette opération, il sortait de l'hôpital avec un membre artificiel sans pied et prenant son point d'appui sur le bassin. Il avait alors vingt-six ans.—Lorsqu'il fut habitué à l'usage de son appareil, cet homme entra au service de M. le baron de Curnieux, à Beaurepaire, près Pont-Saint-Maxence (Oise). Là, il fut mis à toutes mains : faucher, botteler, lier, charger les voitures, porter des fardeaux, cueillir le chanvre, curer les fossés, exécuter en un mot les travaux les plus pénibles d'un manouvrier; il ne recule devant aucune épreuve et s'en acquitte mieux que bien des gens valides. L'hiver, il exerce le métier de bûcheron. Enfin, M. Portelettre, intendant de la ferme, nous a assuré qu'il n'avait pas de meilleur ouvrier.

M. le docteur Crouzet (de Pont-Saint-Maxence), qui a l'obligeance de nous confirmer tous ces détails, ajoute : « J'ai été surpris des services que lui rend son membre artificiel; il se met à genoux et se relève avec une rapidité surprenante, et, quoique son appareil soit terminé par un pilon, il marche assez vite et sans faucher. Il m'a assuré qu'il lui serait facile de faire ses dix lieues dans sa journée, et qu'il irait même vous trouver à Paris s'il y avait une bonne récompense à attendre. Mettant de côté toute exagération, j'ai appris qu'il avait fait dernièrement le voyage de Clermont à Pont-Saint-Maxence, c'est-à-dire cinq lieues, sans être trop fatigué.

« Depuis quinze ans, il en est à sa quatrième jambe (modèle Martin). Elle lui dure près de quatre ans; elle lui coûte 100 francs et 40 francs environ d'entretien par année. Il ne se plaint pas trop de son poids, qui peut être de huit à neuf livres. Ce membre artificiel lui occasionne parfois des excoriations à son point d'appui au bassin, mais il ne l'a jamais blessé au point de lui faire suspendre ses travaux. » (Lettre du 11 mars 1860.)

Obs. II. *Ouvrier des ateliers de M. Charrière amputé à l'âge de vingt-cinq ans. — Usage d'une jambe avec pied et tendon d'Achille depuis douze années.*— Legrand (Louis) a fait ses débuts d'apprentissage dans l'atelier de M. Charrière, et se livrait spécialement à la construction des jambes artificielles. Il ne se doutait pas alors qu'il aurait bientôt à expérimenter la valeur des divers modèles qu'il exécutait. Lorsque vint la conscription, il fut classé dans la réserve. En 1848, il est appelé au service et entre dans la garde nationale mobile. Pen-

dant les fatales journées de juin, il reçoit une balle qui pénètre dans l'articulation du pied gauche. Conduit à l'hôpital Saint-Louis, M. Gosselin lui pratique l'amputation au tiers inférieur de la jambe. Libéré du service et muni d'une jambe artificielle, il rentre chez M. Charrière et ne tarde pas à prendre la première place dans son ancien atelier. Son travail exige qu'il soit presque constamment debout. C'est lui qui va dans les hôpitaux prendre les mesures des membres artificiels et les pose. Enfin, depuis douze années, il a pu continuer la profession qu'il exerçait avant sa mutilation, et comme s'il devait justifier le proverbe :« A quelque chose malheur est bon, » l'accident qu'il a subi lui a fait prendre plus d'intérêt aux appareils qu'il construisait, et, lui permettant d'expérimenter la valeur des diverses modifications proposées, l'a fait placer à la tête d'un atelier des plus importants de la maison Charrière.

Legrand nous a fait voir deux autres ouvriers, amputés également à la partie inférieure de la jambe, et qui, munis du modèle dont il fait lui-même usage (fig. 7), ont pu reprendre leur rude métier.

Obs. III. L'un est un *mécanicien du chemin de fer d'Orléans*, âgé de vingt-huit ans, dont le pied droit a été écrasé en 1858 pendant une fausse manœuvre de sa machine. Depuis plus d'une année qu'il a repris son service, il n'a pas pris un jour de repos de plus que le temps accordé par les règlements. Il faut que ce mécanicien se serve de son membre artificiel d'une manière bien remarquable pour que l'administration ait consenti à lui laisser reprendre son service ; on sait la responsabilité qui pèse sur l'homme qui dirige la machine.

Obs. IV. L'autre est un *ouvrier chauffeur* employé au chemin de fer de l'Ouest. Son métier est plus rude encore que celui du mécanicien ; il l'a repris et le continue depuis sept années.

Obs. V. Je puis ajouter encore le fait d'un *garçon coiffeur* que j'ai trouvé, il y a trois années, dans une maison de la rue d'Amboise, et qui, depuis six années, grâce à une jambe artificielle, avait pu reprendre sa profession, du moins dans le milieu où il l'exerçait avant sa mutilation. On comprend que tant qu'il portait une jambe de bois, il avait dû être repoussé par ses anciens patrons ; le luxe n'aime pas à se trouver en contact même avec l'apparence de la misère.

Voici cependant deux exemples d'individus qui ont été forcés de changer de profession. Le métier de charpentier et celui de matelot eussent été, en effet, difficilement exercés par des mutilés porteurs d'un membre artificiel.

Obs. VI. *Charpentier se faisant cambreur de tiges de bottes.* — Eugène Viet, âgé de vingt-cinq ans, se fait, le 31 juillet 1835, au pied gauche une plaie contuse, large et profonde. Il entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Roux. Toutes les tentatives thérapeutiques sont inutiles, il faut lui pratiquer l'amputation au tiers inférieur de la jambe. Guéri, on lui fournit un membre artificiel avec pied. Il comprend qu'il lui sera impossible de reprendre son métier de charpentier, et accepte l'offre de l'un de ses amis de lui montrer à cambrer des tiges de bottes. Ce travail est assez rude, mais c'est surtout l'exercice des bras qu'il réclame, car l'ouvrier est à cheval sur son établi. Toutefois il n'eût pu exercer cette profession avec une jambe de bois, car il faut souvent que l'ouvrier place sa forme entre les deux cuisses et l'y maintienne fortement. En outre Viet avait, chaque soir, à porter des charges de cuir pesant de 150 à 180 livres.

Cet homme a aujourd'hui cinquante ans; pendant les vingt-deux années qu'il a exercé sa profession, il n'a pas été arrêté un seul jour par le fait de son ap-

pareil. Depuis trois ans, il a accepté une place de concierge ; sa nouvelle besogne est moins rude que l'ancienne, elle consiste à balayer une cour et deux escaliers. Il fait, de plus, le métier de palefrenier et panse le cheval de son propriétaire.

La jambe que Viet porte en ce moment lui a été donnée en 1842, à l'époque de son mariage, par M. Ferd. Martin. Le premier appareil lui a duré sept années, et le second lui sert depuis dix-huit années. Il est en bien mauvais état, et réclame un remplaçant ; mais il semble dur à cet homme de payer, si peu que ce soit, ce qui, jusqu'ici, lui a été donné.

Le second fait m'est adressé par notre excellent confrère M. Rochard, que je ne saurais trop remercier ici de l'empressement qu'il a mis à me fournir les renseignements qui lui étaient personnels.

Obs. VII. *Matelot devenant voilier après son amputation.* — Couloigner était novice à bord du vaisseau *le Henri IV*, lorsque, le 8 novembre 1855, au mouillage de Bésika, un de ses camarades tombant de la mâture le précipita du pont dans la cale et lui fractura comminutivement la jambe. Le 15 mars 1854, M. Aubau, alors premier chirurgien en chef de l'hôpital de Toulon, lui pratique l'amputation au tiers inférieur. Pendant deux mois, Couloigner fit usage du pilon ordinaire, après quoi on lui délivra une jambe artificielle sans pied. Il s'en est servi pendant trois années, sans qu'elle eût besoin de réparation. Au bout de ce temps, on lui en a fait confectionner une nouvelle à Brest ; il la porte encore et l'on y a fait, il y a quelques jours, la première réparation. Cet homme, âgé de vingt-six ans, est aujourd'hui voilier au port, et remplit sa tâche aussi complétement que tous les autres ouvriers de son atelier. (Lettre du 1er juin 1860.)

M. Rochard m'adresse, en outre, l'observation d'un forçat auquel il a pratiqué l'amputation sus-malléolaire en 1855, et qui, jusqu'à sa mort, survenue un an après, s'est servi d'une jambe artificielle sans pied. Les travaux peu pénibles, en général, imposés aux forçats mutilés, ne me permettent pas de tenir compte de ce fait [1].

Je ne puis également que mentionner le cas d'un M. X***, de Fontainebleau, amputé en 1850 par M. Michon, et qui passe toutes ses journées dans la forêt, tantôt à cheval, le plus souvent à pied, gravissant les pentes les plus abruptes et faisant des promenades de quatre à cinq heures.

Ces faits sont nombreux aujourd'hui et on ne les a jamais contestés. Ce qu'il importe de mettre hors de doute, ce sont les services que les appareils prothétiques destinés aux amputés à la partie inférieure de la jambe peuvent rendre aux individus forcés de pourvoir à leurs besoins par un travail manuel.

Les deux faits suivants sont destinés à trancher la question aux yeux des chirurgiens non prévenus. *Non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes.*

Ces résultats bien constatés et connus, le moment ne tardera pas à venir où il nous sera possible de *compter* après avoir *pesé*.

---

[1] Je pourrais encore citer plusieurs faits empruntés à la pratique de M. Marcelin Duval, directeur du service de santé du port de Toulon, mais comme ce savant chirurgien se propose de publier très-prochainement toutes ses observations, je m'abstiens dans la crainte de déflorer son important travail.

Enfants amputés, se servant de suite de jambes artificielles, et prenant un état sans être influencés par leur mutilation.

La pratique vit de détails, qui paraissent futiles jusqu'au moment où on arrive à en constater l'importance. Ainsi vous citez dans votre mémoire deux enfants qui ont fait usage tout d'abord d'un membre artificiel, mais qu'ils n'ont pu conserver longtemps, parce que l'appareil devint bientôt trop court. Rien n'était plus facile que de parer à cet inconvénient. On rallonge d'abord les attelles jambières, puis celles fémorales, et l'on arrive ainsi à faire servir le même appareil pendant deux et trois années. On peut encore tenir le membre artificiel un peu plus long que le membre sain, sauf à compenser la différence en plaçant une semelle de liége dans le soulier qui chausse le pied naturel. Vous voyez par quels petits artifices on peut parvenir à faire bénéficier les enfants eux-mêmes du progrès de la prothèse. Pour eux surtout les services sont considérables, car ils prennent une telle habitude de leur appareil, que lorsque arrive le moment de choisir un état, ils peuvent obéir à leur goût. En voici deux exemples.

Obs. VIII. *Peintre en décors, âgé de vingt-trois ans, opéré à l'âge de sept ans, et s'étant toujours servi de la jambe avec pied de M. Ferd. Martin.*— Alavena (Jules) fut amputé en 1844 par M. Lucien Boyer, pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. Son observation a servi de texte à un mémoire que notre honorable confrère a publié dans le cahier de juillet 1845 de la *Revue médicale*. Dans ce travail, M. L. Boyer rend compte des premiers essais de l'emploi de la jambe artificielle que lui avait fait fabriquer M. Ferd. Martin L'enfant ne tarda pas à s'y habituer, au point qu'il partageait tous les jeux de ses petits camarades, jeu de corde et de cerceau, saut de mouton, et comme il était très-pétulant, il brisait souvent le ressort qui maintenait le pied relevé. Un moment ces accidents devinrent assez fréquents pour que M. Martin dût lui faire porter une jambe sans pied. Il se trouva très-sensible à la mutilation de son appareil, promit d'imposer à M. Martin de moins fréquents sacrifices, et on lui rendit son premier appareil.

Lorsque vint l'âge d'entrer en apprentissage (dix ans), il ne tint aucun compte de son infirmité et choisit l'état de coupeur de gants. Ce métier est rude, car il s'exerce debout, et impose de grands efforts des bras, pendant que le corps prend son point d'appui sur la jambe droite, qui est chez lui le membre mutilé. Son apprentissage fini (il avait treize ans), un moment de morte saison lui fit changer de profession et prendre celle de peintre de décors. Comme tel, il passe la plus grande partie de ses journées monté sur une échelle. Je l'ai interrogé sur la manière dont il posait son pied artificiel sur les barreaux de l'échelle, car cette partie étant relevée par l'action permanente d'un ressort, il me paraissait difficile qu'il pût conserver longtemps cette attitude; il n'en est rien cependant, lorsqu'il prend le soin de placer ce pied de façon que le talon touche l'échelon. Pour cet ouvrier, l'existence d'un tendon d'Achille qui briderait le pied serait une modification utile; on lui fera cette addition dès qu'on lui construira un nouvel appareil.

Alavena ne fait pas de différence entre le jeu de ses deux membres. Sa journée terminée, il va se promener avec ses camarades, danse le dimanche, etc. De loin en loin, surtout lorsqu'il fait usage d'un appareil neuf ou trop usé, il y a bien quelques légères écorchures, mais qui ne l'arrêtent pas dans son travail. Malgré le sacrifice que lui impose le prix de son appareil, il n'a jamais songé

à prendre le pilon. Ses jambes lui durent de trois à quatre années, elles pèsent environ 4 kilogrammes.

Obs. IX. *Ouvrier tourneur, âgé de trente ans, amputé à l'âge de huit ans et se servant depuis* 1845 *d'une jambe sans pied.* — Dietz, à l'âge de huit ans, eut le pied gauche broyé par une voiture ; porté à l'Hôtel-Dieu, Blandin lui pratique l'amputation au tiers inférieur de la jambe, le lendemain 13 novembre 1838. Aussitôt guéri, on lui fait porter une jambe artificielle prenant son point d'appui au bassin et garnie d'un pied. Son éducation ne fut pas longue, car à l'instant même il fut conduit à l'amphithéâtre et Blandin le fit marcher devant les élèves, afin de leur prouver les progrès accomplis dans la prothèse des membres inférieurs.

Rentré dans sa famille, Dietz, comme Alavena, se livre à tous les jeux de l'enfance, et comme lui brise si souvent le ressort destiné à maintenir la pointe du pied relevée que M. Ferd. Martin lui supprime cet appendice, et le remplace par un pilon. Quelques mois plus tard, alors qu'on croit l'avoir bien convaincu qu'il ne possède plus ses deux membres intacts, on lui rend sa jambe artificielle complète.

L'expérience du pilon, que lui fit faire cette sorte de punition, fut un enseignement précieux pour lui, et dont il ne devait pas tarder à profiter. A l'âge de douze ans, il embrasse la profession de son père ; et quoique le métier de tourneur impose l'obligation non-seulement de se tenir debout toute la journée, mais encore de faire porter le poids du corps sur une seule jambe, puisque l'autre est employée à faire mouvoir la pédale du tour, un usage de quatre années avait convaincu la famille que l'enfant pourrait partager les travaux du père. Tant que Dietz fut employé au polissage des objets tournés, il continua l'emploi de sa jambe avec pied; mais dès qu'il commença l'essai de la manœuvre du tour, il s'aperçut que le pied artificiel ne lui était pas utile pour mettre en mouvement la pédale. Il pria donc M. Ferd. Martin de lui rendre son ancien pilon.

Depuis 1845, Dietz fait usage d'une jambe sans pied; il marche aussi facilement et avec moins de fatigue, puisque son appareil est plus léger. Celle dont il fait usage pèse 2kil.,500, à peu près 1kil.,500 de moins que les jambes avec pied.

Dietz se sert de préférence, pour la mise en jeu de la pédale du tour, de son membre mutilé ; il lui est moins pénible de faire porter le poids de son corps par son membre sain que par sa jambe artificielle.

Dietz, comme l'ouvrier précédent, ne tient nul compte de sa mutilation, et, le dimanche venu, il a toujours partagé les plaisirs de ses camarades; maintes fois, il lui est arrivé de faire des courses de quatre et cinq lieues dans la campagne. Sa plus grande distraction est l'exercice du canot ; une seule fois il est tombé à l'eau, et n'a éprouvé aucune gêne pour nager et gagner le rivage.

La nécessité est mère de l'industrie. Quoique porteur d'une jambe pilon, Dietz s'est ingénié à monter à l'échelle ; le genou remplace le pied qui fait défaut, et vient prendre son point d'appui sur les échelons. Nous avons été témoin de la prestesse avec laquelle il s'acquitte de ce mode d'ascension.

Pendant son enfance, ses appareils lui duraient deux et trois ans; plus tard, quatre et cinq ans; enfin, celui qu'il porte en ce moment (mai 1860) lui a été livré en 1852. Un usage aussi complet d'un membre artificiel, pendant huit années, a mis le cuissart dans un grand état de délabrement; aussi est-il obligé d'entourer la partie supérieure du membre avec un linge, de façon à protéger

son tégument. Jusqu'ici ses appareils lui ont été donnés par M. Ferdinand Martin; or, comme cet orthopédiste, tout généreux qu'il soit, ne peut maintenir indéfiniment les preuves de la valeur de la prothèse appliquée aux amputations sus-malléolaires, il exige aujourd'hui de Dietz une somme de 100 francs, comme pour Berna et Alavena.

On s'accoutume facilement à l'assistance, et, quelque modique que soit le prix réclamé, Dietz recule le plus qu'il peut le moment de commander un nouvel appareil, quoiqu'il m'ait dit : « Devrais-je le payer deux fois plus, je dois me le procurer, puisque sans lui je ne pourrais exercer mon industrie. Ma jambe est mon gagne-pain. »

Ne fût-ce qu'à titre de renseignement sur les services que les appareils prothétiques peuvent rendre aux enfants, je dois vous rappeler encore le fait suivant, consigné dans le travail de MM. Arnal et Ferdinand Martin (Obs. XXI, p. 61), inséré dans les Mémoires de l'Académie de médecine.

Obs. X. *Petite fille de neuf ans, sautant à la corde avec sa jambe artificielle.* — Grosjean (Julie) entre à l'Hôtel-Dieu pour y être traitée d'une carie des os du tarse, le 25 mars 1839. Blandin lui pratique une amputation partielle du pied. De nouveaux trajets fistuleux se forment dans le moignon, deux mois plus tard on ampute le membre au-dessus des malléoles. « Cette amputée, disent MM. Arnal et Ferdinand Martin, est celle qui a tiré le plus promptement parti de notre jambe artificielle; elle peut aujourd'hui se livrer aux exercices les plus variés, elle monte et descend les escaliers, elle danse, elle saute à la corde avec une facilité extrême; elle est même, sous ce rapport, si extraordinaire, que M. Blandin a cru devoir la présenter à l'Académie de médecine. » — Cette jeune fille a succombé, à l'âge de quatorze ans, à une fièvre cérébrale; deux appareils lui ont été fournis pendant les cinq années qu'elle a vécu. (*La suite au prochain numéro.*)

---

L'Association médicale de Lyon vient de voter son annexion à l'Association médicale des médecins de la France.

---

L'Association des médecins du département de la Seine est mise en possession de la rente perpétuelle destinée à solder la bourse gratuite créée par M. Moulin, en faveur du fils d'un docteur en médecine, pauvre et malheureux, vivant ou décédé. La Commission générale, qui représente l'Association, appelée à désigner le boursier qui doit entrer en octobre 1860, fait savoir au corps médical que toutes les demandes relatives à cette bourse devront être adressées, avant le 3 juillet prochain, soit à M. P. Dubois, président, soit à M. L. Orfila, secrétaire général. Passé ce délai, aucune candidature ne pourra être prise en considération.

---

Par décision de la Commission des hôpitaux civils d'Avignon, M. le docteur Monnier est nommé médecin en chef de l'hôpital de cette ville en remplacement de M. Touzet, décédé. — Le docteur Villars remplace M. Monnier comme médecin de l'hospice Saint-Louis.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## Note sur la leucorrhée utérine des vieilles femmes et sur son traitement.

Par M. le docteur Duncan, d'Edimbourg.

Les progrès que l'histoire pathologique de la leucorrhée a faits dans ces dernières années ont rendu ce mot si peu défini, qu'on ne saurait plus l'employer dans le langage scientifique que comme terme générique, ou en le spécifiant par un adjectif. Sans doute, dans le langage ordinaire, et lorsqu'il s'agit de ces indispositions légères ou insignifiantes, ce mot suffit ; mais au point de vue scientifique, il est de toute nécessité de déterminer d'une manière précise et la partie malade et l'état de maladie qui donne lieu à la leucorrhée. Grâce aux travaux de M. Tyler Smith et de M. West, nous savons aujourd'hui qu'il peut y avoir plusieurs espèces de leucorrhée : une leucorrhée vulvaire, une leucorrhée vaginale, une leucorrhée cervicale, une leucorrhée utérine, une leucorrhée des trompes de Fallope ; enfin, que ces diverses leucorrhées peuvent se combiner entre elles. Certes, il n'est pas toujours possible de spécialiser le siége de la leucorrhée, de dire si elle appartient au col, au corps ou aux trompes de l'utérus ; sans doute, on peut même soutenir que ces diverses leucorrhées sont d'origine utérine. Il n'en est pas moins certain que cette confusion ne peut tourner qu'au détriment de la précision et de la vérité pathologiques, et par conséquent que ces diverses espèces de leucorrhée, surtout dans leurs formes graves, réclament un diagnostic précis et un traitement approprié.

Le but de cette note est de faire avancer nos connaissances relatives à la leucorrhée en décrivant une forme véritablement utérine de cette maladie qui se présente chez les femmes ayant dépassé depuis plus ou moins longtemps l'époque de la ménopause. Cette description est basée sur l'observation de quelques cas qui se sont présentés dans ma pratique, et qui fort heureusement offraient des caractères assez distincts et une absence de complications vers les organes environnants telle qu'on pouvait les considérer presque comme des types de cette affection.

La leucorrhée utérine, dans les cas auxquels je fais allusion, n'était nullement symptomatique d'une affection organique de l'utérus, telle qu'une tumeur fibreuse ou autre ; mais comme les autres leucorrhées primitives, c'était une maladie de la membrane muqueuse

génitale, et, dans ces cas particuliers, c'était la membrane de la cavité interne de l'utérus qui en était affectée.

Cette maladie n'est pas particulière aux femmes qui ont dépassé l'époque de la ménopause. La leucorrhée utérine peut se montrer aussi chez les jeunes femmes, sous diverses formes; mais chez les vieilles femmes elle m'a paru avoir des symptômes plus caractéristiques et peut-être spéciaux. Son traitement offre aussi des particularités; mais par-dessus tout, son diagnostic a une grande importance pour deux raisons . la première, parce que cette affection peut être traitée d'une manière avantageuse, et la seconde, parce que ce diagnostic fait tomber immédiatement les alarmes que fait naître la ressemblance de quelques-uns des symptômes de la maladie avec ceux du cancer, ce grand épouvantail des femmes arrivées à la maturité de la vie.

Mon expérience me porterait à croire que cette maladie n'est pas commune. Je regrette de ne pouvoir appuyer mon opinion sur ce point par des relevés statistiques; tout ce que je puis dire, c'est que les faits de ce genre m'ont paru très-clair-semés.

L'écoulement par le vagin d'une matière mucoso-purulente est un symptôme de cette maladie. L'écoulement a des caractères variables : tantôt presque muqueux et peu consistant, tantôt purulent et plus ou moins visqueux, il est parfois mêlé avec du sang ou teint par ce liquide. Dans quelques cas, la présence du sang est due seulement à la chaleur du lit, ou bien à un simple contact avec le col de l'utérus, surtout si la membrane muqueuse a été écorchée. Si l'écoulement séjourne dans l'utérus, ne fût-ce que quelques heures, il acquiert une odeur putride. Cette rétention peut être le résultat de l'atrophie progressive du col de l'utérus, qui produit la contraction de ce canal. Dans quelques cas, elle tient à une flexion de l'utérus, l'influence de la pesanteur s'ajoutant parfois au rétréeissement du col au niveau de la flexion.

Si l'écoulement ne s'écoule pas librement, mais s'accumule dans la cavité de l'utérus et la distend, il en résulte une douleur particulière, surtout des lombes et du bassin, d'une nature spéciale, comme en ceinture, douleur qui a probablement quelque analogie éloignée avec le symptôme correspondant qui se produit lorsque le travail de l'accouchement est suspendu par la présence d'une tête de fœtus hydrocéphale pressant sur le col utérin. Il peut y avoir encore d'autres douleurs à la région de l'utérus, de l'irritation et de la douleur à la vulve, par suite du passage continuel de l'écoulement; mais ce ne sont pas des symptômes caractéristiques.

Le seul autre symptôme important est le trouble de l'estomac et le vomissement. Ce symptôme tient évidemment à la sympathie ou à l'action réflexe, les nerfs utérins se trouvant irrités par l'état de réplétion et de tension de la cavité utérine.

La détermination du siége précis et de la nature de la maladie réclame un examen physique attentif. Au fond du vagin plus ou moins atrophié, on trouve le col qui a subi également une atrophie, et dont l'orifice est entr'ouvert. Le corps de l'utérus est généralement assez élevé et on peut sentir son développement morbide, qui n'est cependant pas toujours exagéré. Un stylet porté dans la cavité du col ne trouve pas toujours l'orifice interne libre; mais une fois qu'il a pénétré, on trouve la cavité utérine large et spacieuse, la pointe du stylet pouvant se mouvoir facilement dans tous les sens. Lorsque le stylet a franchi l'orifice interne sans effort, cette introduction n'est presque pas douloureuse. Il faut apporter dans cet examen beaucoup de précaution et de prudence; car si les parois utérines avaient perdu leur résistance et leur élasticité, par le fait de la maladie simple ou maligne, l'instrument pourrait blesser, transpercer même les parois, ce qui, sans danger dans les cas d'intégrité de l'organe, pourrait avoir des conséquences graves et même funestes, si les parois avaient perdu leur élasticité.

Si l'on porte un petit morceau d'éponge dans le col pour faciliter l'écoulement du liquide, celui-ci se trouve retenu pendant le temps que l'éponge reste en place, et les douleurs en ceinture augmentent beaucoup. En enlevant l'éponge, l'écoulement reparaît de nouveau et les douleurs diminuent. Cette dilatation artificielle du col réclame beaucoup de précautions; car si l'éponge est volumineuse, elle peut, par son extension rapide, déchirer le col atrophié et rigide, et si l'on met trop longtemps obstacle à la sortie du liquide, l'utérus distendu outre mesure pourrait se rompre, surtout si les parois étaient dégénérées et avaient perdu leur élasticité, ou, par la même raison, le liquide fétide pourrait pénétrer, par les trompes, jusque dans la cavité utérine. Ce sont là pourtant de ces éventualités rares qui surviennent plutôt dans des cas où les choses semblaient le plus favorables à l'emploi des tentes-éponges.

L'examen avec un spéculum, en rapport par ses dimensions avec l'état des parties, n'est pas toujours nécessaire. On peut découvrir par cet examen une abrasion du col, et on peut même voir s'écouler un peu de sang de ces parties.

L'aspect général de ces leucorrhées utérines ne paraît pas différer considérablement chez les vieilles femmes de ce qu'il est chez les

jeunes, bien que, à proprement parler, ce soit l'atrophie qui en forme le caractère unique. Cette dernière condition comprend les circonstances suivantes : un vagin lisse, contracté dans sa partie supérieure, un utérus élevé dans la cavité pelvienne, un petit col, tous états qu'on ne trouve jamais chez les jeunes femmes. Faisons encore remarquer que, chez les vieilles femmes, la maladie semble avoir une marche plus chronique, que la douleur et la sensibilité sont moindres, que l'épaississement des parois utérines, les versions et les flexions sont plus rares, que l'écoulement est plus rarement sanguinolent, tandis que la fétidité est un caractère plus commun, ce qui tient à la rétention plus prolongée dans la cavité utérine. Tous ces caractères peuvent du reste ne pas se retrouver dans deux cas de suite qui se présentent à un médecin, et, lors même qu'ils existent, ils sont insuffisants pour établir des différences essentielles; mais leur importance n'est pas moins considérable.

Le traitement qui a réussi le mieux entre mes mains n'est certainement pas applicable d'une manière générale chez les jeunes femmes, et il donne lieu chez ces dernières à des symptômes inquiétants que je n'ai jamais observés chez les vieilles femmes : je veux parler de la cautérisation régulière de l'intérieur de l'utérus pratiquée avec le nitrate d'argent, tous les trois ou quatre jours, à l'aide du porte-caustique de Lallemand. Après chaque application, l'écoulement change de caractère pendant un jour et diminue ensuite de quantité, jusqu'à ce qu'il disparaisse graduellement (j'ajoute que ce même instrument porté dans la cavité utérine, sans être chargé de nitrate, peut servir à rapporter un échantillon de l'écoulement renfermé dans cette cavité). Un autre moyen m'a paru aussi très-avantageux, ce sont les irrigations du col de l'utérus et du vagin avec de l'eau à une température assez basse.

A mesure que la guérison avance, le porte-caustique indique le retrait graduel de la cavité utérine dans toutes ses dimensions, l'atrophie du col augmente rapidement, l'orifice externe se ferme et tout écoulement finit par cesser.

Comme cette maladie n'est pas mortelle par elle-même, les occasions d'examen cadavérique sont rares.

J'ai pourtant eu l'occasion de vérifier les altérations anatomiques dans un cas grave, la malade ayant succombé à une dyssenterie. La cavité utérine était dilatée au point de contenir près d'une demi-once de liquide. Les parois utérines étaient extraordinairement minces et ramollies, la muqueuse utérine irrégulière et

comme déchiquetée à sa surface, parcourue qu'elle était par de nombreuses ulcérations [1].

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Note complémentaire sur l'ectropion sarcomateux.

Par le docteur Sichel.

Dans une note précédente insérée en 1851 dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XLI, p. 255), nous n'avons considéré que l'ectropion sarcomateux complet, c'est-à-dire celui où la surface de la conjonctive palpébrale, épaissie, est convertie tout entière en un tissu sarcomateux, constituant une tumeur hypertrophique de toute la muqueuse palpébrale, le plus souvent consécutive à des granulations abondantes et confluentes. Cette variété se rencontre sur des individus de tout âge et, autant que j'ai observé jusqu'ici, moins fréquemment dans la vieillesse et l'âge mur que sur des individus jeunes, et particulièrement sur des enfants.

Il existe néanmoins une espèce d'ectropion sarcomateux partiel, bien différent de celui que nous avons décrit par son étendue, sa forme, ses causes et la circonstance qu'il affecte de préférence la vieillesse. Il consiste en une désorganisation sarcomateuse d'une portion seulement de la conjonctive palpébrale de la paupière inférieure, formant un pli d'élévation et d'épaisseur variables, dur, d'un rouge foncé, tendu transversalement à la face postérieure de la paupière, soit dans toute sa largeur d'un angle à l'autre, soit dans une partie seulement de cette étendue transversale. Ce pli est généralement plus rapproché du bord palpébral libre que du bord adhérant, beaucoup plus large à la base, étroit et en forme de crête à son sommet, et constitue souvent une tumeur ovalaire ou ellipsoïde. Cette tumeur se distingue encore de l'ectropion sarcomateux complet par les caractères suivants : plutôt rugueuse, un peu inégale à sa surface, que lobulée ou composée de granulations confluentes, quelquefois même presque lisse, elle est consécutive à une phlegmasie chronique avec exsudation sous l'épithélium et dans le tissu même de la conjonctive, sans production de granulations vé-

[1] Nous engageons ceux de nos lecteurs qui possèdent les *Leçons cliniques* de M. Aran, à rapprocher cette intéressante description de la leucorrhée des vieilles femmes, par M. Duncan, de celle qui en a été donnée par notre collaborateur, à propos de la métrite chronique interne.

ritables. Par son poids elle presse sur la paupière de haut en bas et d'arrière en avant, et l'entraîne peu à peu dans ce sens, de manière à la renverser et à constituer un ectropion. Souvent on voit l'ectropion commencer près de l'un des angles où la tumeur sarcomateuse prend naissance, et longtemps avant que celle-ci ne soit ni très-élevée ni très-étendue. Cela a lieu surtout lorsque les commissures palpébrales sont le siége d'érosions, comme dans les conjonctivites catarrhales chroniques, ou ont subi un certain degré de relaxation, comme chez les vieillards.

Cet ectropion, ainsi que la tumeur sarcomateuse, peut rester longtemps partiel. On aurait tort d'y appliquer tout ce que j'ai dit dans ma première note sur l'ectropion sarcomateux complet, et de vouloir le traiter par la méthode que j'y ai exposée. Une opération beaucoup plus simple et plus prompte, l'excision, suffit pour obtenir la guérison complète et radicale.

Pour pratiquer cette opération, la tête et les paupières étant convenablement fixées par un aide, on s'y prend de la manière suivante : on saisit le milieu du pli entre les mors de la pince à griffes de Vidal (de Cassis), excellent instrument qui depuis longtemps me rend de grands services dans une foule d'opérations pratiquées sur la paupière et sur l'œil (voir mon *Iconographie ophthalmologique*, pl. LIX, fig. 9, 9 *a*). Cette pince étant tenue de la main gauche, le chirurgien saisit de la main droite une paire de ciseaux oculaires, et résèque tout près de sa base le pli sarcomateux de la conjonctive, soit d'un seul trait, si ce pli est court, soit en deux traits, s'il a plus d'étendue. Dans ce dernier cas, il vaut mieux soulever deux plis successifs partiels de la partie désorganisée de la conjonctive. On laisse couler le plus longtemps possible le sang en épongeant, puis on relève la paupière renversée, et on l'applique contre la face antérieure du globe oculaire, en mettant son bord libre en contact avec celui de la paupière supérieure, après avoir soigneusement enlevé le coagulum sanguin qui recouvre la plaie, et avoir bien essuyé celle-ci, afin que ses bords, convenablement affrontés, puissent contracter adhérence. On applique des bandelettes de taffetas agglutinatif verticalement et transversalement, en forme de croix, sur les paupières, qu'on maintient fermées pendant plusieurs jours. Il en résulte que la plaie, dont les bords sont ainsi mis en contact, se guérit rapidement par la réunion immédiate, tandis que, par les autres méthodes, la paupière restant pendante et renversée, dans la position qu'elle avait avant l'opération, la cicatrisation se fait par la formation de bourgeons charnus

et de tissu inodulaire, se transformant avec une extrême lenteur en une cicatrice qui est toujours tiraillée par la position déclive de l'organe malade.

Dans le cas où, après l'enlèvement des bandelettes agglutinatives, la cicatrice ne serait pas complète et solide, il suffirait de la toucher légèrement avec le crayon d'azotate d'argent, en neutralisant l'excédant du caustique à l'aide d'une solution saturée de chlorure de sodium.

Si la conjonctive, autour de la base du pli sarcomateux, a été épaissie ou chroniquement enflammée, il est bon de continuer pendant quelque temps à la toucher avec le sulfate de cuivre, et d'y appliquer soit des collyres astringents, tels que ceux de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre ou d'azotate d'argent, soit la pommade d'oxyde rouge d'hydrargyre, soit encore le laudanum de Sydenham.

---

**Nouveau procédé de réduction de la luxation du pouce, à l'aide des appareils polydactyle et à compression.**

Par le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine.

Dans mes précédentes publications, j'ai étudié les diverses applications que l'on pouvait faire de mes appareils *polydactyle et à compression* aux fractures des membres, de la rotule, au traitement des anévrismes, aux ankyloses incomplètes, etc., etc. Aujourd'hui, je veux signaler les avantages que peuvent offrir ces mêmes appareils, pour la réduction d'une luxation du pouce.

*Obs.* Le nommé S***, soldat d'infanterie de marine, couché au numéro 6 de la première salle de clinique chirurgicale, est entré à l'hôpital pour une luxation en arrière du pouce de la main gauche. Les symptômes ne nous ont laissé aucun doute sur la nature du déplacement : déformation et raccourcissement du pouce, douleur très-vive, impossibilité des mouvements de flexion et d'extension, saillie prononcée de la tête du premier métacarpien dans la paume de la main.

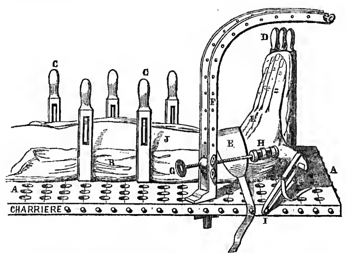
Cette luxation avait été produite dans les circonstances suivantes : ce militaire, en état d'ivresse, avait heurté violemment du poing contre une porte, et le choc avait eu lieu sur la face palmaire du pouce.

On sait que les procédés qu'on a mis en usage pour réduire cette espèce de luxation sont très-nombreux. Que prouve cette abondance, sinon l'incertitude et la difficulté des moyens employés ? A l'infirmerie, où notre malade a été reçu d'abord, les manœuvres de ré-

duction ont été variées et infructueuses; dans nos salles, ni les tractions directes secondées plusieurs fois de l'éthérisation chloroformique, ni l'emploi de la clef, ni l'extension à l'aide de liens, n'ont pu rétablir les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux.

Arrivant après toutes ces tentatives, j'ai mis à exécution le procédé que j'avais conçu à l'hôpital du bagne, celui de faire servir les appareils polydactyle et à compression à la réduction de ce genre de luxation; le résultat a été des plus simples et des plus heureux.

La figure suivante représente l'avant-bras et la main gauche placés sur un appareil polydactyle, à côté d'un compresseur élastique et gradué.




A, A, plateau troué approprié aux fractures de l'avant-bras; B, B, coussin en coton qui le recouvre; C, C, C, chevilles qui maintiennent; J, J, l'avant-bras; L, main gauche en extension contre; D, trois chevilles qui la retiennent sur un coussin intermédiaire; E, bracelet rembourré fixé aux clous de ceinture du plateau, assujettissant invariablement l'extrémité inférieure de l'avant-bras; I, lien à boucle fixé aux clous de ceinture, portant en arrière le pouce dont il embrasse l'extrémité; F, armature à boule fixée sur le plateau par sa clavette; G, vis de pression traversant la boule fortement assujettie par ses deux vis; H, pelote élastique et graduée placée directement sur l'extrémité luxée du pouce.

Il est facile de comprendre que, lorsque l'avant-bras et la main sont complétement fixés sur l'appareil polydactyle, l'extrémité de l'os luxé remonte à sa place sous l'influence de la marche lente mais constante de la vis de pression. Cette ascension sera favorisée par le soin qu'on aura de porter graduellement le pouce tout entier en sens

inverse, c'est-à-dire en dedans et en arrière. Sous la double impulsion de la pelote qui porte directement en avant l'extrémité luxée du pouce, et du lien à boucle qui porte en arrière et en dedans l'autre extrémité de ce doigt, le pouce remonte rapidement au niveau de la tête de son métacarpien, où il se replace quand, après l'avoir dégagé du lien seulement, la main de l'opérateur le porte brusquement dans sa direction normale.

En l'absence d'appareils polydactyle et à compression, je crois qu'il sera facile de les remplacer par un ensemble de moyens extemporanés qui, agissant de la même manière, pourront tendre au même but et faire obtenir les mêmes résultats. Il n'est pas dans mon sujet d'insister aujourd'hui sur ces modifications, non plus que sur les applications qu'on pourra faire des mêmes appareils polydactyle et à compression à la réduction d'autres luxations.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Mode expéditif pour préparer le sirop de codéine.

Le nombre des sirops médicamenteux s'accroît dans de telles proportions que les pharmaciens de bon nombre de localités doivent accueillir avec empressement les formules qui leur permettent de préparer ces sirops seulement au fur et à mesure de leurs besoins. Voici le mode que j'ai adopté pour le sirop de codéine.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Codéine | 50 centigrammes. |
| | Acide citrique pur | 1 gramme. |
| | Eau distillée | 2 grammes. |

Dissolvez et mélangez, par agitation, à

Sirop de sucre........................ 600 grammes.

Cette préparation, d'un très-bel aspect, est d'une excellente conservation. CHAPOTEAUX.

### Moyen d'assurer le mélange de l'extrait de ratanhia dans les potions.

Prescrit en solution dans un liquide aqueux, l'extrait de ratanhia se dépose bientôt au fond du vase, sous forme d'une poudre plus ou moins compacte. Il suffit, pour éviter cet inconvénient, d'ajouter à l'extrait pulvérisé un peu d'eau et de 20 à 25 gouttes d'alcool. Il va de soi que cette addition, d'ailleurs inoffensive, ne devrait pas avoir

lieu s'il entrait en même temps dans la prescription une teinture alcoolique.

---

**Remarques sur le sirop antiscorbutique vendu par le commerce de Paris.**

La célébrité n'est pas seulement la récompense des hauts faits, du savoir, des services rendus, elle est aussi, et trop souvent, accordée à des faiseurs habiles, qui ont le talent d'émerveiller les populations, et de leur en imposer par de prétendus prodiges; ces hommes se trouvent dans toutes les classes de la société; la chimie nous en offre un exemple dans Borri. Ce fourbe milanais se disait le favori de l'archange Michel; il avait le talent d'imiter, de frauder, de composer des médicaments prétendus héroïques, avec lesquels pendant longtemps il trompa les citoyens de Strasbourg et d'Amsterdam; des rois et des reines furent également sa dupe; l'histoire nous apprend qu'il n'épargna ni Frédéric III à Copenhague, ni Christine à Hambourg.

Voltaire, en philosophe qu'il était, savait juger l'espèce humaine. Il prétendait qu'il est dans notre nature de tromper; que, pour cette cause, nous ne devons pas trop nous élever contre les falsificateurs, ni en médire. C'était aussi l'avis de cet épicier retiré du commerce, auquel on demandait un jour son opinion sur les falsifications qui se pratiquent dans le commerce; il répondit que la fraude lui avait rapporté trop de bénéfices pour en dire du mal, qu'elle lui avait valu trop d'amendes et de prison pour en dire du bien. Si l'on demandait aux chimistes ce qu'ils gagnent à signaler les falsifications, ils pourraient dire qu'elles leur attirent beaucoup d'ennemis, mais qu'ils trouvent leur récompense dans la sympathie de ceux qui ne veulent pas être trompés; dès lors la conduite des chimistes est toute tracée, car la fraude est un commerce anarchique, et les agents parasites qui l'exercent entravent les transactions commerciales et nuisent aux effets thérapeutiques des substances qu'on emploie en médecine. Le sirop antiscorbutique est une des nombreuses préparations sur lesquelles la fraude s'exerce en grand.

Le sirop antiscorbutique a conservé jusqu'à ce jour son antique réputation : c'est justice. Ses propriétés dépuratives sont tellement connues, que chaque année, au printemps, bien des mères de famille en administrent à leurs enfants, sans même prendre l'avis de leur médecin; mais comme toutes les choses qui sont bonnes et dont la vente est fréquente, ce sirop est tombé, avec beaucoup d'autres préparations pharmaceutiques, dans le domaine public, en passant de

l'officine du pharmacien dans la boutique de l'épicier et de l'herboriste. Ces honorables marchands, selon toute apparence, en conserveront encore longtemps le monopole, parce qu'ils vendent 2 fr. 50 c. la bouteille ce qui revient à 2 fr. 75 c. au pharmacien. Cet état de choses doit-il être toléré? Nous ne le pensons pas, car ce sirop est une préparation essentiellement médicale.

Qu'on achète au hasard du sirop antiscorbutique, chez un épicier ou un herboriste d'un des quartiers populeux de Paris, on aura une composition indéfinissable, même pour les réactifs chimiques. Nous donnons ici quelques-unes des formules employées dans le commerce pour composer ce sirop; plusieurs de ces recettes se rapprochent de celle du Codex, elles en diffèrent cependant; on va en juger par ce qui suit :

*Première formule.* — Sirop fait avec du sucre brut coloré; on y ajoute, pour l'aromatiser, une certaine quantité d'alcoolat de cochléaria composé, c'est-à-dire de l'esprit-de-vin distillé avec de la feuille fraîche de cochléaria, et de la racine de raifort sauvage réduite en pulpe.

*Deuxième formule.* — Sirop fait avec une décoction aqueuse des espèces qui entrent dans le sirop antiscorbutique du Codex; on l'aromatise avec l'alcoolat de cochléaria.

*Troisième formule.* — Sirop antiscorbutique fait selon le Codex; au lieu du vin blanc qui entre dans sa composition, on y met de l'eau; l'hydrolat qu'on obtient par la distillation sert à aromatiser le sirop fait avec le décocté.

*Quatrième formule.* — Sirop fait comme ci-dessus; au lieu de vin blanc, on y met de l'eau alcoolisée; l'alcoolat obtenu sert à aromatiser le sirop fait avec le décocté.

*Cinquième formule.* — Sirop fait avec le suc des plantes prescrites par le Codex; on supprime les oranges amères, on l'aromatise avec du vin blanc, dans lequel on a mis macérer la cannelle.

*Sixième formule.* — Sirop de sucre, extrait aqueux des plantes prescrites par le Codex, dissous dans une suffisante quantité d'eau, aromatisé d'esprit de cochléaria; on supprime les oranges amères.

*Septième formule.* — Sirop fait par la décoction des plantes antiscorbutiques; on l'aromatise en mettant dedans le raifort sauvage réduit à l'état de pulpe, et renfermé dans un sachet en toile.

*Huitième formule.* — Sirop simple, extrait aqueux de ményanthe, alcoolat de cochléaria composé.

*Neuvième formule.* — Sirop fait avec la décoction des plantes prescrites par le Codex; on l'aromatise avec de l'alcool faible dans lequel on a mis macérer le raifort sauvage.

*Dixième formule.* — Sirop de glucose, extrait de fumeterre, alcoolat de cochléaria composé.

*Onzième formule.* — Sirop antiscorbutique du Codex à parties égales.

*Douzième formule.* — Sirop de glucose, caramel, alcoolat de cochléaria composé.

On voit par ce qui précède que le grand point des fraudeurs est de remplacer dans le sirop antiscorbutique le vin blanc, qui coûte de 80 à 90 centimes la bouteille, par une égale quantité d'eau ordinaire, qui n'a aucune valeur commerciale.

Au point de vue médical, un sirop préparé d'après une des formules ci-dessus remplit-il les conditions thérapeutiques voulues? Nous laissons les médecins juges de la question ; notre désir est de démontrer qu'il est impossible aux pharmaciens de soutenir la concurrence qui leur est faite, et qu'il serait utile de ne pas tolérer un semblable abus, car le sirop antiscorbutique est une préparation essentiellement pharmaceutique, et non un sirop d'agrément.

Actuellement, peut-on reconnaître si ce médicament est composé loyalement? Les essais que nous avons entrepris à ce sujet nous permettent de dire qu'on le peut jusqu'à un certain point; pour cela il faut comparer un sirop suspect avec un autre qui est exactement préparé selon le Codex, ou y rechercher la présence d'un des principes qui constituent le vin, le bitartrate de potasse par exemple. La crème de tartre a été un sujet d'étude pour MM. Chaptal, Braconneau, Cottereau, Boutron-Charlard, Robiquet, Chevallier et plusieurs autres chimistes. Ces savants ont décrit les propriétés et les caractères physiques et chimiques de ce sel, ses réactifs, ses combinaisons.

M. Lepage (de Gisors), dans un utile travail qu'il a lu à la Société médicale de Bruxelles, et qui a pour titre : *Des propriétés physiques, organoleptiques et chimiques des sirops médicamenteux*, dit que le sirop antiscorbutique préparé conformément au Codex, et en employant exclusivement du sucre blanc, est peu coloré, qu'il doit posséder une odeur forte *sui generis*, dans laquelle il est possible de distinguer celle des oranges amères et de la cannelle; sa saveur est piquante, notablement amère; il doit rappeler aussi la saveur des bigarades, et rougir énergiquement le papier bleu de tournesol.

Les vins blancs, comme on le sait, sont plus ou moins riches en tartre; ces différences de *sel normal* tiennent au sol, au climat, à l'engrais, à l'espèce de raisin, ou à la manière de préparer le vin. D'après le conseil de notre confrère Buignet, nous nous sommes assuré qu'on retrouve ce tartre dans le vin antiscorbutique fait selon le Codex ; nous avons ensuite cherché ce sel dans le décocté qui provient de la distillation des plantes destinées à faire le sirop antiscorbutique ; nous avons répété cet essai bien des fois, grâce à

l'obligeance de MM. Mialhe, Grassi, Omer Dubat et plusieurs autres confrères qui ont été assez bons pour mettre à notre disposition de ce décocté, aussi souvent que nous leur en avons demandé. Il en est résulté que nous avons acquis la certitude qu'on peut retrouver ce sel, quoiqu'il existe dans le sirop antiscorbutique dans de très-minimes proportions, souvent uni à de l'acide citrique provenant des oranges amères qui entrent dans la préparation. La forme des cristaux de l'acide citrique et celle de l'acide tartrique et du tartrate neutre de potasse étant différentes, la confusion n'est pas permise ; mais le moyen le plus certain de distinguer l'acide citrique de l'acide tartrique est d'employer le réactif de M. Barbet (de Lyon). Il consiste, comme on le sait, à répandre sur une plaque en verre placée horizontalement une légère couche d'une solution de potasse caustique faiblement saturée, et à projeter sur ce mélange les cristaux à étudier ; les cristaux d'acide tartrique blanchissent en se couvrant de petits cristaux de bitartrate de potasse, tandis que l'acide citrique se dissout dans le liquide alcalin sans perdre de sa transparence. Cette opération sera simplifiée si on a remplacé les oranges amères vertes par les écorces de ce fruit ; car, comme le constatent les pharmacopées de MM. Guibourt, Soubeiran, Dorvault, les pharmaciens sont forcés de faire cette substitution, n'ayant pas le fruit entier à leur disposition.

Pour rechercher le bitartrate de potasse dans un sirop antiscorbutique, nous l'avons étendu de son volume d'eau ordinaire ; on y ajoute une suffisante quantité de craie en poudre, on fait bouillir ce mélange jusqu'à évaporation de la moitié du liquide, on le laisse refroidir, puis on le filtre au papier, on lave le sel calcaire pour lui enlever tout le sucre qu'il pourrait retenir, on le mêle à une suffisante quantité d'acide sulfurique étendu de six fois son poids d'eau ordinaire, on fait bouillir quelques instants, puis on filtre pour séparer de la liqueur le sulfate de chaux formé, et on évapore le liquide jusqu'à la consistance sirupeuse ; par le repos et avec le temps il doit se former des cristaux d'acide tartrique ; le sirop dont on a retiré cet acide contient également du tartrate neutre de potasse ; on l'en sépare en lui ajoutant de l'eau et une certaine quantité de chlorure de calcium. Nous sommes arrivé à reconnaître, à l'aide d'un autre procédé, qu'un sirop antiscorbutique n'était qu'un mélange de sirop de sucre coloré et d'alcoolat de cochléaria composé. Nous avons procédé de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Sirop suspect...................... | 250 grammes. |
| Eau distillée...................... | 350 grammes. |
| Carbonate de fer bien lavé.......... | 10 grammes. |

On mélange les substances, on les fait bouillir jusqu'à réduction de 260 grammes de liquide, on laisse refroidir, ou filtre, puis on lave avec de l'eau distillée jusqu'à ce que le sel terreux ne contienne plus de sucre. Lorsqu'il est sec, on le pèse pour établir la quantité qui a été décomposée. Le sirop, qui contient soit de l'acide citrique, soit du bitartrate de potasse, acquiert une saveur ferrugineuse très-prononcée et une coloration plus foncée, tandis qu'il n'éprouve aucune modification s'il est fait de toutes pièces.

STANISLAS MARTIN.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Observations pour servir à l'étude comparée de l'action du tartre stibié à haute dose et du perchlorure de fer dans les cas de croup et d'angine couenneuse (1).**

Dans ces derniers temps, l'alun ne nous a pas seulement été utile dans les cas d'angine couenneuse : nous en avons fait un usage fort heureux dans des fièvres muqueuses, des bronchites ou des pneumonies graves compliquées d'aphthes nombreux sur la langue et l'arrière-gorge. Ni le chlorate de potasse ni le borate de soude, qui, dans d'autres circonstances, avaient dû être préférés à l'alun, n'ont produit alors un bénéfice aussi marqué que ce dernier agent.

OBS. II. *Croup. — Cautérisation de l'arrière-gorge. — Tartre stibié à haute dose. — Perchlorure de fer. — Guérison.* — Marie Derrieu, âgée de quatre ans, tempérament lymphatique, constitution en apparence chétive, était enrouée depuis quatre ou cinq jours, quand la voix s'est complétement éteinte, et la toux, après avoir été vibrante et fêlée, est devenue presque impossible. C'est alors seulement qu'on nous a appelé.

A notre arrivée chez la malade, qui habite une campagne voisine, et à dix heures du matin, outre les deux symptômes graves que nous venons de mentionner, nous trouvons la respiration sifflante et se faisant entendre à notre entrée dans la chambre. Il n'y a pas de gonflement sous-maxillaire. L'amygdale gauche, le fond correspondant du pharynx, la luette, sont en partie recouverts par des fausses membranes d'un blanc grisâtre, qui ne se détachent qu'incomplétement avec la pierre infernale ; elle sont assez consistantes. La langue est sale au milieu, rouge aux bords et à la pointe. Le pouls est fréquent, vif, petit, mais résistant ; la physionomie est un peu abattue.

---

(1) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 505.

Potion avec 75 centigrammes de tartre stibié, dans 120 grammes d'infusion de mauve et de bourrache, et 20 grammes de sirop diacode; une cuillerée à café toutes les demi-heures. Attouchements avec la poudre d'alun toutes les deux heures.

Le lendemain matin, même état, sauf un peu moins de gêne dans la respiration qui est encore sonore et sifflante. Physionomie un peu plus abattue ; pouls encore petit, mais résistant. Les vomissements ont été abondants, et de petites fausses membranes assez résistantes sont en faible quantité dans le liquide rejeté. Assoupissement.

Prescription des mêmes moyens.

Le soir, l'état n'a pas changé, mais il n'y a pas plus de gravité. Nous enlevons avec la pierre une fausse membrane de la paroi postérieure et droite du pharynx ; nous badigeonnons toute l'arrière-gorge avec un pinceau de charpie bien chargé d'alun. Nouvelle potion avec le tartre stibié ; le sirop diacode est remplacé par celui de gomme.

Le lendemain matin, 29 décembre, la respiration est à peine sifflante. Le ronflement est plus marqué pendant le sommeil. Voix éteinte ; toux cassée, mais un peu plus ample ; yeux enfoncés, avec cercle bleuâtre ; un peu de diarrhée ; la malade vomit tout ce qu'elle prend ; pouls très-petit ; petites fausses membranes en arrière des deux amygdales.

Suspension du tartre stibié qui, au reste, n'a pas été continué depuis trois heures du matin. 3 grammes de perchlorure de fer dans 60 grammes de sirop, par cuiller à café chaque heure. Potage par cuillerées dans l'intervalle ; insufflation d'alun.

Le 30 décembre, au matin, mêmes symptômes, mais absence de fausses membranes. Quelques rares vomissements avec des pellicules pseudo-membraneuse ; pouls petit, fréquent.

Même potion par cuiller à café toutes les heures.

Le 31 décembre, le mieux se dessine davantage. Le sirop au perchlorure n'est continué qu'à intervalles éloignés ; potages.

La voix reste très-basse pendant près d'un mois; la convalescence est pénible ; le moindre écart de régime rappelle les vomissements.

*Réflexions.* — Le bénéfice produit par le tartre stibié a été marqué par une amélioration peu sensible, mais prompte dans l'acte de la respiration ; cette amélioration est, dans la plupart des cas, le premier signe de la rétrogradation des symptômes. L'état de débilité accoutumé de la malade, la faiblesse du pouls, la susceptibilité très-grande de ses voies digestives ont dû nous faire vite renoncer pourtant à l'emploi du tartrate de potasse et d'antimoine. Des fausses membranes existaient cependant encore à ce moment en certains points de l'arrière-gorge ; la toux était loin d'être rassurante, enfin la respiration n'avait pas encore acquis ce degré de douceur qui doit tranquilliser le médecin. Nous avons alors songé au perchlorure de fer, et nous l'avons même administré à assez haute dose, afin de

ne pas nous laisser surprendre par de nouveaux accidents. Sous l'influence de ce nouveau remède, l'affection croupale s'est, en effet, complétement effacée, mais il est resté à la malade, pendant longtemps, des défaillances d'estomac, du ténesme, et la convalescence a été des plus pénibles.

Le perchlorure de fer a un goût acerbe, qui déplaît à bien des malades ; pour notre part, nous ne le trouvons guère agréable. Cela nous a engagé à modifier un peu notre mode d'administration, et nous n'en faisons plus incorporer que 1 gramme dans 40 grammes de sirop (moitié sirop de Tolu, moitié sirop diacode ou de gomme). Dans les cas graves, nous n'avons, pour donner beaucoup de perchlorure, qu'à augmenter la dose de sirop.

Obs. III. *Croup. — Sirop vomitif. — Perchlorure de fer. — Guérison.*—Le 8 janvier, à sept heures du soir, on nous appelle en toute hâte pour la petite Soulairol, âgée de six ans, d'une constitution fort délicate, atteinte d'hypertrophie excentrique du cœur, et qui, depuis plusieurs jours, est fortement enrouée. Voici dans quel état nous trouvons cette malade :

La voix est très-enrouée et ne s'entend pas à une faible distance ; la toux est fréquente, cassée, incomplète ; la respiration, plus gênée que d'habitude, est caractéristique du croup et on l'entend à distance assez grande. Les parents nous disent qu'il en est seulement ainsi depuis cinq heures du soir, quoiqu'ils se fussent aperçus que pendant le sommeil agité de la nuit dernière la jeune fille avait un ronflement inaccoutumé. Aucune matité dans la cage thoracique ; le fond de la gorge est rouge ; nous remarquons sur l'amygdale droite une seule fausse membrane, pas plus grande qu'un bouton de chemise ; le pouls est vif, piquant, dépressible ; depuis plusieurs jours, la malade a absolument voulu se tenir à la simple tisane.

Nous enlevons la pseudo-membrane avec la pierre et nous prescrivons :

30 grammes de sirop d'ipécacuanha, additionné de 3 centigrammes de tartre stibié, à donner en deux prises tout de suite.

A dix heures, nous revoyons la malade, qui a vomi abondamment et dont la respiration se fait mieux ; même état de la toux et de la voix ; fatigue extrême ; pouls très-faible ; aucune fausse membrane à l'arrière-gorge ; fragments de petites couennes dans la matière vomie.

A quatre heures du matin, on nous réveille parce que les accidents semblent avoir recommencé avec plus de violence : respiration encore sifflante ; mêmes caractères de la toux et de la voix ; oppression plus grande ; facies mauvais ; sueur épaisse sur tout le corps ; pouls très-dépressible quoique fréquent ; une fausse membrane existe sur la face postérieure du pharynx, mais la malade se débat tellement que nous ne pouvons cautériser avec soin. Nous prescrivons :

2 grammes de perchlorure de fer dans 60 grammes de sirop, à prendre par cuillerée à café chaque demi-heure.

Le soir, la respiration est un peu moins sifflante; la différence n'est pas cependant très-évidente sous ce rapport, mais il y a moins d'oppression; la peau est moite, le pouls un peu plus résistant; la physionomie est plus satisfaisante. Nouvelle prescription de 2 grammes de perchlorure de fer.

Le lendemain, 10 janvier, respiration notablement plus douce pendant la veille; ronflement encore inaccoutumé pendant l'assoupissement ou le sommeil; voix basse, non enrouée; mêmes caractères de la toux, qui est même un peu plus sèche; pouls fréquent, régulier, égal; langue rouge aux bords et à la pointe, noirâtre à la base; selles noires et poisseuses. La fausse membrane aperçue hier matin au pharynx y existe encore, mais n'a pas pris de plus grandes dimensions. Nous l'emportons avec un pinceau chargé d'alun ; elle a à peine un demi-centimètre en longueur et en largeur, mais elle est solide et résistante.

Une cuillerée à café de sirop au perchlorure toutes les deux heures seulement, cuillerées de potage gras de temps en temps.

Le 11 janvier, la toux est un peu plus grande que les jours précédents; la voix est toujours à peu près éteinte; la respiration n'est sifflante que pendant le sommeil; arrière-gorge rouge, mais nette. Continuation des mêmes moyens.

Le 12 janvier, nous suspendons toute médication, sauf des gargarismes aluminés : l'état est des plus satisfaisants.

Le 16 janvier, la malade est déjà sortie à l'heure de notre visite.

*Réflexions.* — Dans ce cas, qui n'a été inquiétant que pendant les deux premiers jours et qui est moins grave que les précédents, tout le bénéfice doit être attribué au perchlorure de fer. Cependant, nous n'aurions pas aimé recourir à ce médicament aussi brusquement que nous l'avons fait, et nous n'y avons été engagé que par les symptômes d'adynamie qui se manifestèrent après les premiers vomissements. Le tempérament irritable de la malade, sa constitution délicate et maladive, son état accoutumé d'éréthisme nous faisaient craindre l'excitation habituellement produite par le sel de fer. Celui-ci convient plutôt dans le cas où il y a en même temps tendance à une abondante formation de pseudo-membranes et faiblesse des sujets. Chez la petite Soulairol, il n'en était pas tout à fait ainsi : l'irritation dominait partout et les productions couenneuses ne se montraient pas en quantité.

Quoique les accidents aient été ici de courte durée, il ne nous paraît guère possible de ne pas croire à une affection croupale. A part les symptômes fournis par la voix, la toux, la respiration, les rares fausses membranes aperçues au fond de la gorge, nous avons vu encore des produits de cette dernière nature dans la matière des

premiers vomissements, et ces débris ne pouvaient provenir que de l'arbre respiratoire.

Nous avons mentionné dans le cours de l'observation des selles poisseuses et très-noires à la suite des prises de perchlorure de fer. Ce médicament nous a souvent amené cet accident, qui s'est surtout remarquablement manifesté dans le cas d'angine couenneuse que nous allons rapporter afin de mieux montrer l'effet produit sur l'économie par le sel ferrugineux dont il s'agit en ce moment.

Obs. IV. *Angine couenneuse. — Tartre stibié à haute dose bientôt suspendu. — Perchlorure de fer. — Cautérisations. — Guérison.* — Wash. R*** est âgé de vingt-cinq mois; il se plaint depuis quelques jours de la région supérieure du cou. Sa respiration est à peine bruyante pendant le sommeil, douce pendant la veillle. La toux est forte, pleine, vibrante; la voix est à peu près naturelle; le facies est bon. L'idée de la constitution régnante nous porte, malgré ces signes rassurants, à regarder dans le fond de la gorge, et nous sommes étonné de voir la paroi postérieure du pharynx, l'amygdale droite, la luette, presque entièrement recouvertes d'une fausse membrane épaisse, adhérente, que la cautérisation au nitrate d'argent ne parvient à détacher qu'en faible partie, le jour de notre premier examen, le 26 décembre dernier.

Nous prescrivons aussitôt une potion vomitive au tartre stibié. Les vomissements commencent dès la troisième cuillerée, se répètent à diverses reprises, et le malade rejette, au milieu d'un liquide abondant, des fausses membranes épaisses, résistantes, bien fournies, dont une a plus d'un centimètre de longueur.

A midi, nous touchons l'arrière-gorge avec un pinceau de charpie chargé d'alun en poudre. La soirée et la nuit sont tranquilles. Il n'y a rien de changé depuis hier dans l'acte de la respiration; il y a seulement un peu d'enrouement, et on voit que le malade n'aime pas à parler comme d'habitude. Le pouls est petit, fréquent; la peau chaude.

Le lendemain matin, de fausses membranes existent encore en quantité dans le fond de la gorge. La voix est plus enrouée, la toux est sèche. Le bruit respiratoire est doux.

60 grammes de sirop additionné de 2 grammes de perchlorure de fer. Nous essayons une nouvelle cautérisation au nitrate d'argent, mais elle est mal faite, à cause de la turbulence extrême de l'enfant. Il se produit chez lui un phénomène assez rare. On sait que quand on presse avec le manche d'une cuiller sur la base ou le fond de la langue, la bouche s'ouvre précipitamment, et qu'on peut voir alors avec facilité tous les organes contenus dans l'arrière-gorge. Ici, il n'en est rien, la cuiller a beau presser à l'endroit ordinaire, l'enfant ne desserre pas ses mâchoires, ce qui rend, depuis notre premier examen, les cautérisations fort difficiles.

Le 28 décembre au matin, les symptômes locaux n'ont pas progressé; la langue est rouge aux bords et à la pointe, noire à son

milieu; la soif est vive, les selles sont fréquentes, très-noires, poisseuses; il y a du ténesme.

Continuation du perchlorure de fer par cuillerée à café, toutes les deux heures : crème de riz, viande grillée.

Le 29 décembre, nous parvenons à enlever avec la pierre une fausse membrane située derrière l'amygdale gauche. La langue est toujours rouge aux bords et noire au milieu; les selles ont les mêmes caractères, le ténesme est plus grand.

Potages; biscuits trempés dans le vin sucré; attouchements dans la journée avec l'alun; une cuillerée à café, toutes les quatre heures, u sirop au perchlorure.

L'enfant est assez longtemps à reprendre ses forces, sa couleur, son appétit.

*Réflexions.* — Les cas de simple angine couenneuse dans lesquels nous avons administré le perchlorure de fer sont rares; ordinairement, les vomitifs et les cautérisations nous suffisaient pour arriver à bien. Ici, c'est surtout la difficulté de cautériser, l'incertitude où nous étions sur le résultat de cette petite opération, après l'avoir assez mal pratiquée, qui nous ont engagé à administrer le sel de fer. Il est certain que nous n'avons pas eu à nous en repentir : l'exsudation pseudo-membraneuse qui semblait vouloir se produire avec une abondance presque inusitée dans notre épidémie n'a plus fait aucun progrès après l'administration de ce dernier médicament. Quant à l'action irritante de celui-ci sur le tube digestif, elle a été assez remarquable et elle s'est clairement manifestée par une soif vive, une diarrhée particulière, le ténesme aussitôt après les premières doses du remède.

Obs. V. *Croup. — Tartre stibié à haute dose continué pendant quatre jours. — Mort.* — Henri Audouy, âgé de cinq ans et demi, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une excellente constitution, était encatarrhé depuis quelques jours, lorsqu'on nous fit appeler, le 2 juin 1859, à cause d'un enrouement extrême de sa voix.

Nous trouvons, en effet, cet enfant très-enroué, ou plutôt ne pouvant parler qu'à voix excessivement basse. Il tousse de temps en temps, et la toux est incomplète et étouffée; la respiration n'est pas bruyante, mais les parents nous disent qu'il y a un peu de ronflement anormal pendant le sommeil. L'examen de la gorge nous fait apercevoir plusieurs petites fausses membranes en arrière de l'amygdale droite et sur cette amygdale même; le pouls est légèrement précipité; le facies est bon; l'appétit est diminué; l'auscultation de la poitrine fait entendre un peu de ronchus; l'air pénètre dans l'étendue de deux poumons.

Cautérisation les fausses membranes du pharynx avec solution au quart de nitrate d'argent; aucune fausse membrane n'adhère au

pinceau qui a servi à cautériser, et aucune non plus n'est rejetée dans les efforts de vomissement qui suivent l'opération.

Potion avec 50 centigrammes de tartre stibié, 100 grammes d'eau, 40 grammes de sirop diacode.

L'enfant vomit à plusieurs reprises, dans la journée, des matières aqueuses et glaireuses au milieu desquelles sont de très-petits débris de fausses membranes peu consistantes.

Aucune amélioration le soir. Nouvelle cautérisation des fausses membranes du pharynx.

Le lendemain, 3 juin, aucune amélioration; la respiration devient même un peu bruyante. Continuation des mêmes moyens.

Le 4 juin, l'enfant va plus mal; la respiration est très bruyante; toux incomplète; voix plus éteinte; pouls vif, régulier, fréquent; vomissements fréquents; il n'y a qu'une selle depuis l'administration du tartre stibié. Potion avec tartre stibié, 75 centigrammes dans 100 grammes d'eau et 30 grammes de sirop diacode.

Dans la soirée de ce jour, vomissements très-répétés; toux un peu plus complète; voix très-basse; pouls bon. Le 2, il y a de l'amélioration dans le bruit respiratoire, qui est moins fort; la toux est meilleure; les fausses membranes du pharynx reparaissent pourtant en plus grande quantité. L'enfant est des plus capricieux; c'est une scène épouvantable à chaque attouchement ou cautérisation. Le soir, après une de ces scènes, la diarrhée se déclare, et, dès ce moment, le tartre stibié n'amène plus de vomissements; selles abondantes dans la nuit; pouls très-faible. Bouillon gras.

Les symptômes s'accroissent, le 6, avec une vitesse extraordinaire. A deux heures, commencement d'asphyxie; mort à cinq heures.

*Réflexions.* — Cette observation ne détruit pas l'espoir qu'on peut avoir dans le tartre stibié à haute dose dans le traitement du croup; elle est pourtant la preuve que ce remède n'est point un spécifique de la maladie. Après avoir été inefficace pendant deux jours et plus, l'administration du tartre stibié semble devenir un instant plus favorable : vaine espérance! à la suite d'une émotion des plus vives, la diarrhée apparaît et, dès ce moment, les événements se précipitent d'une manière aussi remarquable que funeste.

Si M. Trousseau a indiqué avec juste raison que la trachéotomie avait plus de chances de réussite chez des sujets non débilités par des traitements antérieurs, il faut convenir qu'un des mauvais côtés de l'action du tartre stibié à haute dose est précisément l'hyposthénie produite par ce remède. Chez Henri Audouy, l'opération, au reste, repoussée par les parents d'une manière absolue, n'eût pas présenté de nombreuses chances de succès. L'état de faiblesse a été un moment si grand le quatrième jour, que nous avons eu plusieurs lipothymies. Dans une observation qui va suivre, on est convaincu mieux encore du mauvais effet que peut amener le tartre stibié au point de vue de l'opération.

Nous avons fait plusieurs fois l'observation suivante qui intéresse le pronostic de la maladie. L'adhérence des fausses membranes n'est pas en rapport avec leur ténacité ni leur consistance. Ainsi, chez le petit Audouy, nous avons eu des fausses membranes peu consistantes, et pourtant très-adhérentes; or, c'est ce dernier caractère surtout qui est une chose grave ; il fait justement craindre, quand il existe, que la thérapeutique médicale n'ait pas une grande puissance sur les phénomènes locaux de l'affection croupale.

Obs. VI. *Croup.* — *Perchlorure de fer.* — *Mort.* — Le petit Vignier est âgé de deux ans, d'une constitution délabrée. Quand on nous appelle à cinq heures du soir, le 8 décembre, il est déjà malade depuis quelques jours. Sa voix est éteinte, sa toux petite et cassée; la respiration est un peu gênée, mais peu bruyante. Le fond de la gorge est tapissé de fausses membranes qui se tiennent presque. Pouls fréquent, vif, petit; peau chaude. Pas de matité dans la région thoracique; un peu de ronchus général.

Cautérisation au nitrate d'argent. Vomitif avec l'ipécacuanha.

A dix heures du soir, accès de dyspnée en notre présence. Quelques vomissements glaireux sans débris pseudo-membraneux. Face pâle après l'accès; pouls faible ; sueur presque froide sur la face.

2 grammes de perchlorure de fer dans 30 grammes de sirop par cuillerée à café chaque demi-heure. (A renouveler.)

Plusieurs accès de dyspnée reviennent dans la nuit. A notre visite du matin, la cyanose commence et l'enfant meurt à neuf heures.

*Réflexions.* — On ne peut, d'après l'impuissance du perchlorure de fer dans le fait grave que nous venons de raconter, déclarer l'inefficacité de ce remède. Cette conclusion serait des plus hasardées. Tout ce qu'on peut avancer, c'est que les chances de succès par ce médicament sont bien diminuées par le retard qu'on met à l'administrer. Mais tous les autres moyens connus jusqu'à ce jour n'ont-ils pas un même inconvénient? Plusieurs fois le tartre stibié à haute dose ne nous a pas mieux servi, quand nous avons été appelé, pour ainsi dire, aux derniers moments de la maladie. Cela nous est précisément arrivé chez un cousin de l'enfant dont nous venons de donner l'histoire.

Obs. VII. *Croup.* — *Tartre stibié.* — *Trachéotomie.* — *Mort.* —Vignier est âgé de trois ans; il n'a jamais été malade; son tempérament est lymphatico-sanguin. Il est enroué depuis un jour seulement, quand on nous fait appeler à la hâte, à cause de l'embarras subit de la respiration. A notre arrivée la dypsnée est grande, la respiration est sifflante et s'entend de l'escalier même de la maison; la voix est éteinte. Nous ne voyons, en examinant l'arrière-gorge, qu'une petite fausse membrane derrière l'amygdale gauche, et nous l'enlevons en partie avec la pierre infernale.

Potion avec 50 centigrammes de tartre stibié, 20 grammes de sirop de gomme, 20 grammes de sirop diacode ; par cuillerée à café chaque demi-heure. Frictions mercurielles abondantes sur la région antérieure du cou.

Les vomissements n'amènent aucun soulagement. Dans la soirée et dans la nuit, des attaques de grande dyspnée alternent fréquemment avec un état d'assoupissement et de prostration.

A six heures du matin, l'asphyxie commence. La faiblesse est extrême. Je propose l'opération, qu'on hésite une heure ou deux à accepter ; pendant celle-ci, l'enfant ne manifeste pas la moindre sensation. Malgré la facilité donnée par la canule à l'arrivée de l'air, la respiration s'accomplit encore péniblement ou mieux irrégulièrement ; l'artère cesse bientôt de se sentir au poignet ; enfin, demi-heure environ après l'opération, le malade expire.

*Réflexions.* — Le tartre stibié à haute dose n'a pas mieux réussi dans le cas actuel que le perchlorure de fer dans le cas précédent : aurions-nous eu plus de bénéfice et serions-nous arrivé à la guérison, en suspendant bientôt le tartrate de potasse et d'antimoine pour le remplacer par le perchlorure de fer ? Gardons-nous de répondre par l'affirmative, l'expérience nous ayant bien appris qu'il est des cas à marche funeste très-rapide qui sont réfractaires à toutes les médications. Sans doute, dans ces exemples si graves, l'indication thérapeutique est susceptible de varier d'un moment à l'autre, et on ne devrait pas s'astreindre, dans le traitement, à l'administration d'un même remède. Dans le cas précédent, la marche des symptômes a été tellement précipitée, que nous n'avons pas pu songer à employer le perchlorure de fer, alors que l'impuissance du tartre stibié à haute dose a été manifeste.

Dans l'exposé que nous venons de faire, nous n'avons pas cherché, on peut facilement le voir, à faire ressortir seulement les avantages des deux médications qui nous ont occupé ; nous avons tenu aussi à ne pas dissimuler les inconvénients qu'elles nous ont paru présenter. Il est aujourd'hui prouvé que le tartre stibié à haute dose et le perchlorure de fer sont deux agents souvent efficaces dans le traitement du croup ; cependant il ne faut jamais se faire illusion sur cette efficacité, qui tient à une foule de circonstances diverses, et notamment au génie de la constitution régnante. L'influence de ce génie domine ici toutes les autres, et c'est à cause de cela qu'il ne faut point croire que les remèdes étudiés dans ce travail puissent également réussir dans tous les temps et dans tous les lieux. Ce que nous disons pour ces deux agents à la fois, nous pourrions le dire pour chacun d'eux en particulier, afin qu'on ne soit jamais disposé

à donner à l'un d'eux une absolue prééminence sur l'autre. Ainsi, de ce que le perchlorure de fer donnera des succès nombreux en un temps ou en une localité, il ne faudra pas en induire qu'il doit toujours et partout être préféré au tartre stibié à haute dose; les faits démentiraient bientôt une telle assertion qui serait formulée en dehors de la juste considération qu'on doit à une foule de conditions ambiantes ou individuelles parmi lesquelles, nous ne saurions trop le répéter, domine de bien haut le génie médical régnant.

RONZIER-JOLY, D. M.,
à Clermont-l'Hérault.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Essai sur la conservation de la vie*, par M. le vicomte DE LA PASSE.

Mme Campan, dans ses *Mémoires*, rapporte l'anecdote suivante: « En sortant de la chambre de Louis XV (qui venait de mourir d'une variole confluente), dit cette amie de l'infortunée Marie-Antoinette, le duc de Villequier, premier gentilhomme de la chambre d'année, enjoignit à M. Andouillé, premier chirurgien du roi, d'ouvrir le corps et de l'embaumer. Le premier chirurgien devait nécessairement en mourir. « Je suis prêt, répliqua Andouillé; mais « pendant que j'opérerai, vous tiendrez la tête; votre charge vous « l'ordonne. » Cette réponse d'Andouillé, je suis toujours prêt à la faire à ces sceptiques légers, à ces frondeurs impudents de la science la plus laborieuse et la plus difficile, qu'il est si commun de rencontrer dans le monde : soit, devrait-on leur répondre, la science n'est pas faite, elle a encore d'immenses lacunes, mais venez lutter avec nous contre les difficultés qui entourent les problèmes qu'elle se pose, venez avec nous dans nos hôpitaux, dans nos amphithéâtres, *venez tenir la tête*. Les solutions que nous cherchons vous intéressent autant que nous, pourquoi ne viendriez-vous pas partager nos périls et nos labeurs ? Si M. le vicomte de La Passe, dans le livre dont nous allons parler, lui aussi critique notre médecine, c'est au moins après s'être donné la peine de l'étudier, et, dans une certaine mesure, en connaissance de cause; nous l'en félicitons : à aborder ainsi une science, avec quelques-unes de ses notions fondamentales, mais en même temps avec d'autres habitudes intellectuelles que celles des hommes du métier proprement dit, si l'on a quelque génie, on peut émettre des idées originales, ouvrir quelques sillons nouveaux.

Dans tous les cas, et quel que soit le résultat de l'entreprise, l'intention seule, en une pareille tentative, prouve en faveur de l'auteur, et doit lui être compté comme un titre à l'estime des hommes sérieux.

Maintenant, qu'est-ce que c'est que ce livre, et quel en est le but? C'est ce que nous allons essayer de déterminer brièvement. C'est d'abord, dans la pensée de l'honorable auteur, un livre grave, et où, si l'on y donne beaucoup à la fantaisie, l'on ne trouverait pas une idée qui n'ait été profondément méditée, sérieusement réfléchie. Nous n'en donnerons pour preuve que l'immense lecture que suppose un tel travail, où les hommes les plus versés dans les traditions de la science pourront rencontrer des documents que probablement ils n'iraient point chercher là. M. de La Passe, dans son *Essai sur la conservation de la vie*, touche à toutes les questions, et à quelques autres encore, et il le fait autant en homme du monde qu'en médecin, c'est-à-dire d'une main légère et discrète. Apportant dans ses études toutes les curiosités d'un esprit tourmenté du besoin de connaître, l'auteur s'est tracé un immense programme; il est facile d'en mesurer l'étendue et la profondeur, en parcourant les hardis arguments qu'il place en tête de chacun des chapitres de son livre; mais quelquefois la profondeur n'est que là, et, à le suivre plus loin, on tombe dans le vide des pures assertions, ou dans le *que sçais-je?* éternel de Montaigne. C'est ainsi qu'il trouve que l'alchimie en ses plus ambitieuses prétentions, le magnétisme au milieu de ses roueries, l'homœopathie dans sa thérapeutique impossible, qui demande à l'ombre des choses le moyen de modifier l'organisme vivant, etc.; c'est ainsi, dis-je, qu'il trouve que sous ces grands mots trop légèrement moqués, il y a des idées, qu'il pressent des vérités au milieu de ces rêveries laborieuses, et qu'il fait crédit, et un généreux crédit, à l'avenir pour les en dégager. Quant à lui, circonspect comme un homme qui sait, et quelque peu diplomate, même en matière de science, il ne conclut pas, il espère...

Toute cette crédulité savante de M. de La Passe naît d'une vague conception du dynamisme de Leibnitz, qu'il s'efforce d'appliquer aux choses de la biologie, et que nous ne considérerons, nous, que dans ses rapports avec la thérapeutique ou l'hygiène, pour ne pas nous perdre dans l'abîme où l'auteur lui-même s'égare. « La matière organisée, dit notre savant auteur, est dominée par des lois générales, forces physiques et chimiques; dans les corps animés, les forces physiques et chimiques, tout en continuant d'exercer leur action sur les molécules matérielles, sont cependant dominées et

modifiées par les forces instinctives ou vitales. Dans le phénomène de la vie humaine, les forces instinctives ou vitales sont elles-mêmes modifiées par les forces intellectuelles, et surtout par cette faculté de l'âme pensante appelée la volonté. On peut trouver des moyens de conserver la santé, et de prolonger la vie, dans le développement des facultés intellectuelles et la concentration de la volonté. » En cherchant bien dans ce livre, peut-être nous serait-il permis de trouver quelque passage qui traduisît mieux encore que celui-ci la pensée générale de l'auteur, le fonds de sa doctrine : mais le temps nous manque pour faire cet inventaire; et d'ailleurs celui que nous venons de rappeler suffit à notre dessein qui est, nous l'avons dit, de ne pas nous jeter à l'aventure dans le champ sans limites où M. de La Passe a eu la généreuse témérité de s'engager. J'admire les zouaves de la science, mais, à moins de nécessité, je ne m'expose point à de tels risques.

Ainsi, dans la pensée du savant et laborieux auteur, l'organisme vivant est le théâtre où se passent une foule de phénomènes complexes, nés de l'action combinée de quatre forces distinctes qui se pénètrent réciproquement. L'ensemble de ces phénomènes considérés dans leur unité harmonique, c'est la vie. Maintenant quel est le but de l'hygiène ? quel est le but de la thérapeutique ? C'est d'arriver à manier ces forces, dans l'intérêt même de la vie, soit qu'il s'agisse de la faire durer le plus longtemps possible, soit que, la maladie survenant, il faille ramener ces forces à leur jeu normal ou physiologique. Ainsi posés d'une manière abstraite et le but de l'hygiène et le but de la médecine, il semble à l'auteur qu'il n'est pas aussi difficile qu'on le suppose d'atteindre l'un et l'autre ; il affirme surtout qu'à nous engager comme nous l'avons fait, et comme nous avons le mauvais esprit de le faire encore, dans l'analyse de la matière, nous tournons presque infailliblement le dos à la vérité. La vie, dans ses rapports avec les stimulants normaux qui l'entretiennent, ou la rétablissent dans son harmonie troublée, ne fait que s'assimiler les forces de la nature, forces qu'elle dégage de leurs combinaisons variées à l'infini, ou qu'elle tire de sa propre source. De là la légitimité des efforts trop légèrement moqués de l'alchimie, de l'astrologie peut-être, du magnétisme, de l'homœopathie. Tout cela n'est, en somme, qu'un appel aux forces immanentes au sein de la nature, un ensemble de procédés divers en leurs applications comme les choses mêmes auxquelles ils s'appliquent. A ce point de vue, rien n'est à négliger dans l'action de la science ou de l'art sur les éléments auxquels il s'agit de de-

mander la santé ou la vie : ainsi, le magnétisme animal doublera son action en se combinant avec celle de l'électro-magnétisme ou de l'électricité ; ainsi encore, dans la trituration des médicaments par Hahnemann, ce ne sera pas chose indifférente de pratiquer cette opération de droite à gauche, ou de gauche à droite, etc.; ainsi, l'élixir de Cagliostro n'est peut-être pas une chimère ; ainsi, l'or potable, cet éternel *desideratum* de la science, il ne faut pas désespérer de le trouver un jour.

En attendant cette découverte qui, ce semble, contrarierait quelque peu la destinée de l'humanité, telle qu'elle paraît avoir été conçue dans la pensée de Dieu, l'auteur considère les préparations de ce métal, aujourd'hui réalisables, comme un des agents les plus puissants sur l'organisme, soit qu'il s'agisse de le faire durer sa durée normale, comme quelque cent cinquante ou deux cents ans, soit que plus simplement il s'agisse de ramener celui-ci à ce type imparfait qui lui permet de vivoter de la vie commune. M. le vicomte de La Passe indique dans son livre un certain nombre de formules de médicaments où sont accumulés les agents les plus disparates, afin d'offrir à l'organisme une source multiple, où il puisse puiser, dans ses défaillances, les forces disséminées dans la nature, et se les assimiler. Nous n'indiquerons pas ces formules : c'est dans le livre même de l'auteur qu'il faut les aller chercher. La raison de notre circonspection à cet égard, c'est que, M. de La Passe l'avoue lui-même, bien qu'il ait mis souvent à contribution cette trop féconde polypharmacie, il manque encore d'une expérience suffisante pour affirmer son efficacité; il appelle sur ce point le concours des médecins : mais il est convaincu que le jour où on voudra l'expérimenter sérieusement, on arrivera à des résultats inattendus. Nous voudrions, mais nous ne saurions partager cette espérance, outre que l'expérience qu'on invoque a été faite, et qu'elle n'a conduit qu'à des résultats négatifs, les observations que l'on trouve dans le livre dont nous parlons prouvent bien peu, suivant nous, en faveur de la médication excentrique dont on s'efforce d'établir la supériorité.

M. le vicomte de La Passe, si d'aventure ces quelques lignes lui tombent sous les yeux, trouvera probablement notre jugement quelque peu sévère : nous ne nous en étonnerons pas, car nous avons voulu qu'il le fût. Dans notre humble opinion, et sans être le moins du monde embourbé dans l'ornière de l'organicisme pur, c'est parce que la médecine moderne a rompu nettement avec les méthodes du moyen âge, qui ne sont que de la rêverie en matière

de science, qu'elle est arrivée à un certain nombre de notions qui resteront, parce qu'elles sont vraies comme la pensée même de Dieu qu'elles traduisent : elle ne retournera donc pas à ses vomissements. D'un autre côté, M. le vicomte de La Passe, dans sa critique de notre médecine, s'est montré fort indépendant ; c'est, de la part d'un vicomte, un trop noble exemple, pour que, humble plébéien, nous ayons un instant hésité à l'imiter.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

De la valeur des hypophosphites de soude et de chaux dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — On se rappelle les brillantes promesses qui avaient été faites au nom de ces deux nouveaux agents pour la curation de la phthisie pulmonaire. Ces promesses n'ont guère été tenues, si l'on en juge par ce qui s'est passé dans les hôpitaux où les deux sels, après avoir été employés pendant quelque temps, n'ont pas tardé à être complétement abandonnés. Il y avait lieu cependant de se demander si l'expérience avait été faite sur une échelle suffisante et avec tous les soins convenables ; car on sait le rôle important que joue en thérapeutique, dans une médication quelconque, le mode d'administration. Les expériences qui viennent d'être faites à l'hôpital de Brompton par M. Quain ne laissent malheureusement aucune place à la contestation, et ces résultats, nous devons le dire tout d'abord, n'ont pas été différents de ceux qui avaient été constatés dans les hôpitaux de Paris; ils ont été complétement négatifs.

Vingt-deux malades affectés de phthisie pulmonaire, deux au premier degré, dix au second et dix au troisième, ont été soumis à ce traitement. La dose d'hypophosphite administrée en commençant a été de 50 centigrammes, trois fois par jour, excepté chez un enfant, qui n'en a pris que 25 centigrammes. La dose du médicament a été, suivant les indications de M. Churchill, graduellement augmentée. Ainsi dans quatre cas cette dose a été portée à 4 grammes, trois fois par jour ; dans dix cas, la dose a atteint 2gr,50 et même plus; enfin, dans huit cas, la dose est restée à 2 grammes. On voit, par conséquent, que le médicament a été administré assez largement, et cependant M. Quain n'a jamais noté les phénomènes physiologiques indiqués par M. Churchill à la suite des grandes doses. Quant à la durée du traitement, elle a été de six mois dans un cas, de quatre mois dans un autre, de trois mois dans six cas, de

deux mois dans neuf cas, et d'un mois dans cinq cas. Pendant tout ce temps, M. Quain n'a jamais vu paraître les phénomènes physiologiques décrits par M. Churchill, ni l'amélioration de l'innervation, ni la croissance plus rapide des cheveux et des ongles, ni la pléthore apparente, ni la sensation de bien-être ou de force.

Veut-on savoir maintenant quels ont été les résultats définitifs de cette médication? sur ces 22 cas, 16 ont perdu peu à peu du terrain, à mesure qu'on continuait le traitement, et pour 6 d'entre eux, le traitement habituel (les toniques et l'huile de foie de morue, etc.) a été suivi d'une amélioration des plus remarquables. En revanche, 6 malades ont éprouvé une amélioration plus ou moins notable; mais de ces 6 cas il n'y en a eu qu'un dans lequel l'amélioration ait été permanente. Dans 3 cas l'amélioration a été légère et peu durable. Deux autres malades, qui avaient continué l'hypophosphite en sortant de l'hôpital pendant trois mois se sont affaiblis et ont fini par mourir. Il en est de même du sixième.

Que conclure de ce qui précède, si ce n'est, comme l'a fait M. Quain, que les hypophosphites ne paraissent avoir aucune action favorable sur la marche de la phthisie pulmonaire, qu'ils sont enfin sans aucune utilité? Quant à l'amélioration obtenue dans ces six cas, elle ne prouve rien en faveur du traitement, puisque des résultats analogues ont été obtenus par d'autres traitements très-peu actifs et même sans traitement aucun. On ne peut donc que regretter, ainsi que M. Quain le fait remarquer, le bruit qui s'est fait autour de ces nouveaux agents et surtout le discrédit que ces tentatives thérapeutiques ont pu jeter sur des médications efficaces et éprouvées.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**Chute du rectum** *chez un enfant, guérie par deux injections sous-cutanées de sulfate de strychnine.* La chute du rectum chez les enfants, le plus ordinairement sans gravité et facile à réduire, constitue, dans quelques cas, une lésion assez grave pour nécessiter l'intervention active de l'art. Divers moyens ont été proposés dans ce but et mis en pratique avec succès; tels sont l'électricité, la cautérisation et l'emploi de la noix vomique ou de la strychnine par la méthode endermique. Si nous signalons à nos lecteurs un nouveau moyen, ce n'est pas qu'il y ait nécessité de chercher à enrichir la thérapeutique sous ce rapport, mais c'est plutôt comme tentative ingénieuse, comme exemple d'application d'une méthode en voie d'expérimentation. Il était logique, après avoir constaté les succès de la méthode endermique dans ce cas, d'essayer la méthode hypodermique, qui devait *à fortiori* réussir. C'est, en effet, ce qu'a montré l'expérience. Voici le fait :

Dans les premiers jours de juillet 1859, on présente à M. Foucher, suppléant de M. Giraldès, à l'hospice des Enfants trouvés, une fille de quatre ans, entrée la veille au dépôt, et

atteinte depuis plusieurs mois d'une chute de la muqueuse rectale. Cette enfant, très-lymphatique, a chaque jour trois ou quatre selles demi-liquides, et à chaque garde-robe la muqueuse rectale fait en dehors de l'anus un bourrelet très-saillant; si l'on réduit immédiatement, on n'éprouve aucune difficulté; mais si l'on attend seulement un quart d'heure, la muqueuse, serrée par le sphincter, se boursoufle, devient rouge cramoisi, et ne peut être repoussée sans un effort assez violent et sans produire une vive douleur. M. Foucher saisit cette occasion de tenter une injection sous-cutanée de sulfate de strychnine. A cet effet, il enfonce la canule d'une seringue de Pravaz dans la direction du sphincter, à 1 centimètre environ en dehors de l'anus, puis il injecte 10 gouttes d'une solution contenant 20 centigrammes de sulfate de strychnine pour 20 grammes d'eau distillée. Dans le courant de la journée, l'enfant n'éprouve rien d'insolite; sur trois garde-robes, la muqueuse ne tombe qu'une fois.

Le lendemain, pas de prolapsus; le surlendemain, une seule chute de la muqueuse.

Vingt-quatre heures après, M. Foucher injecte de nouveau 14 gouttes de sulfate de strychnine, et depuis cette époque, pendant les six semaines que l'enfant reste dans le service, la muqueuse ne fait pas une seule fois prolapsus.

Vers le 10 septembre, c'est-à-dire deux mois après les injections, l'enfant entre à la salle de médecine, atteinte de varicelle avec mouvement fébrile assez intense. Pendant quatre jours que dure la fièvre, la muqueuse rectale tombe à chaque garde-robe; mais dès que l'enfant est guérie de sa varicelle, cet accident ne se renouvelle pas une seule fois, bien qu'on n'ait dirigé contre lui aucun moyen de traitement. La guérison était complète et persistante. (*Monit. des Sciences méd.*, juin 1860.)

---

**Contractures simulées**; *moyen facile de diagnostic*. Ce moyen, signalé à la Société de chirurgie par M. Larrey, consiste à appliquer exactement l'un contre l'autre, dans la même position, les deux membres ou supérieurs ou inférieurs, et à leur communiquer des mouvements simultanés. Si le sujet de cette expérience simule une contraction dans l'un de ces membres, il lui sera impossible de résister d'un côté, pendant que de l'autre il obéit au mouvement, et sa supercherie ne peut manquer d'être découverte.

---

**Cow-pox** (*Expériences nouvelles sur l'origine du*). Des expériences intéressantes ont été faites récemment à Toulouse concernant l'identité d'origine alternativement affirmée et niée depuis Jenner du cow-pox et des eaux aux jambes. Voici, d'après une note communiquée par M. le docteur Fontan à l'Union médicale, la relation de ces expériences.

M. Sarrans, de Rieumes, s'aperçut, il y a quelque temps, que plusieurs juments, qu'on ramenait pour la deuxième ou troisième fois à son dépôt de remonte, avaient les *eaux aux jambes*. Il y avait comme une espèce d'épidémie, car il put en compter près d'une centaine. Cette variété d'eaux aux jambes est celle qui a la forme pustuleuse. Une de ces juments fut conduite à Toulouse, à l'Ecole vétérinaire; M. Lafosse, le savant professeur, reconnut vite le véritable caractère de l'épidémie. Il inocula du pus de ces pustules sur le pis d'une vache de deux ans. Bientôt après de belles pustules se manifestèrent sur le pis de la vache. M. Cayrel fils, vaccinateur officiel de Toulouse, vaccina avec du pus des pustules de la vache plusieurs enfants vierges de vaccin. Il se manifesta plusieurs belles pustules avec leur éclat nacré, leur ombilic et leur auréole rosée, qui s'agrandissait tous les jours, sans trace d'aucun signe d'inflammation érysipélateuse. Une autre vache fut aussi vaccinée avec le pus de la première, et des enfants furent de même vaccinés avec le pus de la deuxième vache; les pustules furent aussi belles que les premières.

Au moment où M. Fontan rendait compte de ces expériences, on était à la quatrième vaccination de la première vache et à la troisième de la seconde. Les pustules étaient très-belles. L'une d'elles, qui a été photographiée, offrait bien les caractères des plus belles pustules de vaccin; elle a fourni un liquide séro-purulent et très-abondant qui a coulé assez longtemps et qui a permis de vacciner plusieurs enfants. Ce pus très-actif a pris sur un élève de l'Ecole vétérinaire, déjà vacciné dans son enfance, et chez lequel tous les vaccins ont échoué. M. Fontan a vu chez un enfant une pustule provenant du virus de cet élève, et qui était plus belle et plus développée

que trois autres pustules provenant de virus vaccin ordinaire pratiqué chez le même enfant. Sur plus de trente enfants vaccinés à cette époque à Toulouse, par ce même virus, la vaccine s'était très-bien développée et aucun d'eux n'avait été malade.

— —

**Electricité localisée** *appliquée au traitement des hémorrhagies utérines.* L'action bien connue aujourd'hui de l'électricité sur la contractilité des muscles, d'une part, d'autre part l'effet non moins bien établi de la rétractilité de l'utérus sur les hémorrhagies qui suivent le décollement du placenta, font de l'électricité localisée une méthode parfaitement appropriée au traitement de ces hémorrhagies M. le docteur Thomas Radfort, médecin consultant de l'hôpital d'accouchement de Manchester, a montré l'excellent parti qu'on pouvait en tirer dans quelques cas d'une extrême gravité. Ces cas sont ceux dans lesquels l'abondance ou la répétition de l'hémorrhagie a produit un tel vide dans les vaisseaux et un tel épuisement de la femme, que la moindre perte nouvelle de sang, le moindre ébranlement du système nerveux, seraient presque nécessairement funestes. Le courant électrique met également en jeu la contractilité et la rétractilité de l'utérus, et les contractions qu'il provoque, loin d'être continues, tétaniques, comme celles qui résultent de l'administration du seigle ergoté, sont, comme les contractions spontanées, suivies d'un relâchement complet. L'appareil électro-magnétique employé par M. Radfort se compose d'une petite jarre et d'une hélice avec des conducteurs qui lui sont unis au moyen de longs fils métalliques recouverts d'une substance isolante Un mécanisme particulier, fixé à l'hélice, sert à augmenter ou à diminuer à volonté l'intensité du choc. Celui des conducteurs qui doit être appliqué à l'extérieur est muni d'un manche de bois creux, par lequel passe l'un des fils métalliques pour aller rejoindre une tige de cuivre terminée par une boule. L'autre conducteur consiste en une tige de cuivre de 7 pouces de longueur, courbée pour s'accommoder à la direction du vagin, terminée à l'une de ses extrémités par une boule d'argent, reçue par l'autre dans un manche creux en ivoire, traversé par un fort fil de cuivre en contact avec les fils métalliques dont il a été question plus haut. Il présente à son extrémité un anneau couvert de soie, destiné à recevoir le pouce de l'opérateur lorsque, pour établir le courant, il veut mettre en contact avec la tige de cuivre le fil qui en est tenu écarté par un ressort en spirale. Ce dernier conducteur est mis en rapport avec le col de l'utérus, l'autre avec le fond de l'organe à travers les parois abdominales. On agit sur les fibres longitudinales. Des courants peuvent être aussi dirigés dans le sens transversal, en plaçant l'extrémité des deux conducteurs à l'extérieur, sur les extrémités du diamètre transverse. Les chocs peuvent être plus ou moins multipliés, suivant l'exigence des circonstances, et, dans tous les cas, doivent être séparés par des intervalles, pour imiter autant que possible les contractions naturelles.

Voici, quant aux indications et aux conditions d'application de l'électricité localisée, les propositions formulées par M. Radford :

1° L'accouchement, ni même le déplacement du placenta ne devant jamais être tentés avant que l'orifice soit assez dilaté pour permettre sans danger l'introduction de la main, le repos, l'application du froid, et surtout le tempérament, ne doivent être négligés dans aucun des cas où ils sont spécialement indiqués.

2° S'il existe des signes non équivoques de la mort du fœtus, il faut détacher complètement le placenta et rompre les membranes. Il faut ensuite abandonner le travail à la nature, pourvu que les contractions de la matrice soient suffisamment énergiques; dans les cas contraires, on aura recours aux stimulants ordinaires de la contractilité utérine, et de plus à l'électricité.

3° Si le placenta est implanté sur l'orifice utérin dans un cas de rétrécissement du bassin, il faut le détacher et l'extraire, puis perforer le crâne aussitôt que l'état des parties le permettra, et extraire la tête avec le crochet.

4° Lorsque l'orifice de l'utérus est en partie dilaté et assez dilatable pour permettre l'introduction de la main, il faut détacher le placenta complétement, si les membranes sont rompues et les contractions énergiques.

5° Dans tous les cas d'épuisement produit par une hémorrhagie dépendant de l'implantation centrale du placenta sur l'orifice de la matrice, il faut perforer le placenta au centre, faire écouler le liquide amniotique,

détacher complétement le placenta et employer l'électricité.

6° Dans tous les cas d'implantation partielle du placenta sur l'orifice utérin, la rupture artificielle des membranes suffit généralement pour arrêter l'hémorrhagie; si l'écoulement de sang continuait, il faudrait employer l'électricité.

Le docteur Radfort recommande aussi l'emploi de l'électricité dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, et qui dépendent spécialement de l'inertie de l'utérus, dans le cas de travail languissant, dans celui de contractions spasmodiques dans une direction avec atonie des fibres utérines dans le sens opposé, enfin comme moyen très-propre à provoquer l'accouchement avant terme; ce qui a été déjà fait, comme on le sait. (*Annales de l'électricité médic.*, juin 1860.)

---

**Exostose sous-unguéale.** *Nouveau procédé opératoire.* On a proposé, pour guérir ou plutôt pour débarrasser les malades de l'exostose unguéale, différentes méthodes de traitement. Mais de ces diverses méthodes il n'en reste guère que deux entre lesquelles le choix reste suspendu, l'*abrasion* de la tumeur et la *désarticulation* de la phalange. De ces deux méthodes, M. le docteur Debrou, d'Orléans, préfère la désarticulation, qui donne une guérison certaine, tandis que l'abrasion expose presque toujours à la récidive. Mais cet avantage de la désarticulation n'est pas acheté sans inconvénient. Le gros orteil ayant perdu la moitié environ de sa longueur, cette mutilation rend la marche moins facile et moins sûre. La base de la phalangette qui s'élargit pour s'articuler avec la première phalange contribue à transmettre le poids du corps dans la station, et l'on ôte un moyen d'appui en l'enlevant. En outre, en coupant les tendons fléchisseurs et extenseurs, comme cela a lieu dans la désarticulation, on s'expose à des inflammations remontant le long des gaînes synoviales.

C'est en vue de ces inconvénients, et pour les éviter, qu'ayant à opérer une jeune fille de seize ans d'une exostose sous-unguéale du gros orteil, M. Debrou a agi d'une autre manière. Il a fait la section de la phalangette à l'union de son col avec sa base, sans désarticuler par conséquent. De cette façon, il a enlevé l'exostose entière avec sa racine et la portion d'os qui la supportait; il a laissé en place la base de l'os et respecté l'articulation et les tendons. Le procédé opératoire est le suivant : on fend l'ongle d'avant en arrière avec une paire de ciseaux aigus, et l'on arrache les deux moitiés de l'ongle avec une pince; ensuite, avec un bistouri droit et pointu, on fait une incision sur le dos de la phalange, à la place où était l'ongle, et l'on prolonge en avant cette incision sur les côtés de la tumeur, de manière à circonscrire et à déchausser le sommet de la phalangette; alors, avec la pince de Liston, on rompt l'os au ras de sa base, et l'on retire ce qui est en avant et qui porte la tumeur. Il en résulte une plaie creuse qu'on ne doit pas chercher à réunir par première intention. Il faut attendre que les bourgeons charnus la comblent, afin de conserver à l'extrémité du doigt sa largeur, et pour que l'ongle en repoussant puisse s'y étaler. L'ongle en effet repousse, parce que sa racine a été conservée.

Chez la jeune malade que M. Debrou a opérée, le bout du doigt a conservé sa forme naturelle : l'ongle seulement a mal poussé, ce qu'on pourrait prévenir en pareil cas, en en dirigeant la pousse avec une lame de plomb. Mais la marche est parfaitement libre, et depuis six ans il n'y a pas eu de récidive.

On comprendra très-bien que ce procédé n'est applicable que pour le gros orteil, car aux autres doigts la phalangette a de trop petites dimensions pour qu'il soit utile d'en conserver une partie. On ne doit pas hésiter alors à désarticuler; mais on sait que c'est presque toujours sur le gros orteil que se montre cette maladie, ce qui justifie le précepte formulé par M. Debrou (*Gaz. hebd.*, juin 1860.)

---

**Ivresse** (*De l'emploi du sucre comme traitement de l'*). Le nombre et la gravité des accidents produits par l'abus des boissons alcooliques ont porté M. le docteur Le Cœur à reprendre l'étude de cette intoxication. L'espace nous manque pour signaler toutes les idées originales contenues dans ce travail; nous nous bornerons à reproduire ce que l'auteur dit de l'influence du sucre sur la marche de l'ivresse. M. Le Cœur conteste d'abord la valeur de l'ammoniaque comme moyen d'enrayer les effets de l'intoxication alcoolique, ou mieux il en limite l'action à l'ivresse provoquée par les liqueurs contenant une certaine dose d'acide, les vins de Bordeaux, par

exemple, et le vin de Champagne surtout. Puis il ajoute :

« Enfin, je ne puis omettre de signaler un autre agent neutralisant, bien simple et bien inoffensif, que j'ai parfois conseillé et administré avec avantage, à la quantité indéterminée, vu son innocuité, de cinq, six, dix morceaux de moyenne grosseur, simplement croqués, surtout dans des cas d'ivresse commençant à se développer. Je veux parler du sucre cristallin, du sucre raffiné ordinaire, tel qu'on le sert fragmenté sur nos tables. Je serais bien embarrassé de préciser au juste son action dans ces cas. Probablement, par sa combinaison avec les matières qu'il rencontre dans l'estomac, il modifie, retarde, précipite peut-être, en un mot change le mode de fermentation qui se passe dans cet organe et la nature des fluides qui, tout à l'heure, vont être absorbés. Peut-être agit-il à la manière de l'ammoniaque, en offrant aux acides que nous supposons, ou mieux que nous admettons se former dans le ventricule (toujours, bien entendu, comme complication de l'ivresse), une base capable de se combiner avec eux et de neutraliser leurs effets par la formation de produits nouveaux sans action fâcheuse sur l'économie. Toujours est-il qu'il m'a semblé avoir, en pareil cas, une influence heureuse contre la promptitude et le développement des phénomènes d'intoxication provoqués par l'alcool et ses dérivés. » (*Broch. in-8*, Caen, 1860.)

---

**Luette** (*Précaution à prendre lors de l'excision de la*). La crainte de voir cet organe tomber dans la gorge et provoquer une quinte de toux ou être avalé fait que les chirurgiens commencent par le saisir avec des pinces érignes, avant de l'attaquer avec les ciseaux. M. Voltolini s'affranchit de ce premier temps de l'opération, qui est le plus désagréable pour le patient, par le procédé suivant : il introduit jusqu'au fond de la bouche une cuiller à dessert, et déprime la langue avec le dos de l'instrument; puis, avec de bons ciseaux, il résèque le bout de la luette qui tombe alors dans la cuiller. Ce mode opératoire est, dit ce médecin, des plus faciles à mettre en œuvre. (*Deutsche Klinik* et *Ann. de Roulers*, nº 23, 1860.)

---

**Noix vomique** (*Effets remarquables de la*) *dans un cas d'affection grave des voies respiratoires*. L'affection dans laquelle l'administration de la noix vomique a été faite avec tant de succès et que le docteur Duncan rapporte à une paralysie des muscles bronchiques était un de ces cas graves de bronchite avec emphysème, comme on en rencontre quelquefois. La femme qui en fait le sujet, âgée de quarante ans et mère de neuf enfants, blanchisseuse, avait contracté cette maladie un an auparavant, en sortant d'un endroit chaud pour aller étendre du linge à l'air libre; les accidents avaient toujours été en augmentant, et depuis quatre ou cinq semaines son état était des plus inquiétants, surtout la nuit, tant elle était sur le point d'étouffer, et pendant plusieurs semaines elle avait été dans l'impossibilité de se coucher. La respiration semblait n'être effectuée que par les muscles volontaires, de sorte que la malade ne pouvait s'assoupir un seul instant sans courir le risque d'étouffer; l'expiration était triple de l'inspiration, la face pâle et amaigrie, les lèvres livides, la poitrine donnant à la percussion une sonorité généralement exagérée et à l'oreille des râles sonores et sibilants dans toutes les directions La malade fut traitée sans succès par les expectorants stimulants de toute nature, plus tard par les courants électriques. Enfin on songea à la noix vomique pour rendre la contractilité aux muscles bronchiques paralysés. Des pilules contenant 25 milligrammes d'extrait de noix vomique et 5 centigrammes d'ipécacuanha furent administrées d'abord trois fois par jour. Les effets en furent des plus remarquables. Dès la nuit suivante, elle pouvait se coucher et dormir; la respiration était plus libre et l'expectoration plus facile; état de bien-être, bon appétit. Trois ou quatre jours après, la dose de noix vomique fut portée à 5 centigrammes par pilule et les effets continuaient à être si sensibles qu'en onze jours la malade pouvait quitter l'hôpital en très-bon état, tous les phénomènes ayant à peu près disparu, sauf l'expiration prolongée un peu plus qu'à l'état normal. (*Dublin Journ. of med.*, mai.)

---

**Péritonite** (*Sur les indications thérapeutiques et le traitement de la*). Nous reproduisons les conclusions d'un mémoire très-étendu et très-détaillé, fondé sur plus de cinq cents cas de péritonite, que l'auteur, M. Habershon, a lu dans ces derniers temps, à

la Société médico-chirurgicale de Londres : I. La péritonite n'est jamais une maladie idiopathique, et l'on ne trouve pas un seul cas de péritonite aiguë que l'on puisse rapporter uniquement à l'exposition au froid : le froid tend seulement à faire passer à l'état aigu un état morbide déjà existant. — II. La considération de l'origine de la maladie, soit dans un état local, soit dans un état général, est le meilleur guide pour le traitement : il faut déterminer si la péritonite dépend 1° ou bien d'une extension de la maladie des organes voisins, tels que les ovaires, la vessie, l'intestin ; des perforations ou des blessures; 2° ou bien d'une altération du sang, comme il en survient dans l'albuminurie, la pyohémie ou l'érysipèle ; 3° ou bien enfin de changements presque imperceptibles, ou de défauts dans la santé générale, comme dans la scrofule, le cancer ou les changements climatériques, ou comme conséquence de l'hypérhémie, de la cirrhose ou d'une maladie du cœur. — III. Dans la première forme, repos absolu, suspension de l'alimentation autant que possible, traitement recommandé par Stokes, afin de mettre le canal intestinal au repos, ainsi que les mouvements péristaltiques, et de diminuer les collapsus et la prostration consécutifs à cette maladie, tels sont les meilleurs moyens à employer, sans parler dans l'occasion d'autres moyens, tels que des applications calmantes, des émissions sanguines locales, et dans beaucoup de cas en cherchant à faire disparaître la cause déterminante, dans le cas de kyste, par exemple, etc. — IV. Si la péritonite est un symptôme d'une altération du sang, comme dans la maladie de Bright, la pyohémie, etc., il faut recourir au traitement de la maladie primitive; mais l'opium a ici quelquefois une grande valeur, surtout s'il n'est pas associé aux mercuriaux. — V. Dans le traitement de la péritonite de la troisième classe, la considération de la cause est le meilleur guide : considérer les maladies strumeuses ou cancéreuse dans leurs relations générales ; dans celle liée à une maladie du foie, la connaissance des conditions antérieures à l'explosion de la péritonite nous empêcherait d'employer les moyens de nature à augmenter la maladie préventive, et tous les bons effets attachés à l'action mercurielle peuvent être obtenus sans salivation. — VI. Rien ne prouve qu'il faille attribuer au mercure les bons effets qu'on lui rapporte généralement ; ces effets sont dus plutôt à l'opium avec lequel le mercure est combiné. (*The Lancet*, mai 1860.)

---

**Polype** *du conduit auditif externe détruit par le caustique au chlorure de zinc.* M. le professeur Nélaton a fait usage avec un remarquable succès, dans le cas que nous allons rapporter, du caustique au chlorure de zinc pour détruire des polypes du conduit auditif externe. Un jeune homme de dix-huit ans entre à l'hôpital de la Clinique pour un de ces polypes, dont la présence avait déjà été constatée un an auparavant, mais qui remontait probablement plus loin, et qui entretenait un écoulement fétide. M. Nélaton reconnut, en effet, au fond de ce conduit, une petite tumeur d'un rose vif, paraissant implantée sur la membrane du tympan ou sur le point d'insertion de cette membrane. Cette tumeur était grosse comme un pois, c'est-à-dire d'un volume suffisant pour obstruer le conduit auriculaire ; elle était recouverte d'une matière séro-purulente dont l'écoulement était presque continu. Au lieu de procéder à l'arrachement suivi de la cautérisation, suivant la pratique le plus habituellement en usage en pareil cas, M. Nélaton préfère recourir d'emblée à la cautérisation. C'est ce qu'il a fait dans ce cas-ci. Voici de quelle manière il y a procédé.

Ayant taillé un petit fragment de pâte de Canquoin, de la forme et du volume d'une lentille, c'est-à-dire de 2 millimètres de diamètre, il le fixa légèrement à l'extrémité d'un stylet et l'introduisit dans le conduit auditif, où il le mit délicatement en contact avec la surface du polype; il remplit ensuite soigneusement le conduit de petits tampons de ouate, qu'il tassa avec le stylet, comme on ferait pour plomber une dent; puis il recommanda au malade de faire pendant la journée le moins de mouvements possible. Les choses restèrent ainsi pendant vingt-deux heures; le malade ne souffrit ni dans la journée ni dans la nuit. Le lendemain, à l'heure de la visite, l'effet désiré était obtenu et la tumeur en partie détruite. M. Nélaton saisit la masse à l'aide d'une petite pince et l'attira au dehors; elle contenait une escarre représentant un peu plus de la moitié du volume total du polype; l'épithélium avait été complètement respecté par le caustique. Cependant, comme, lorsqu'on laisse

ce caustique trop longtemps en contact avec la peau humide, il finit par altérer l'épiderme et attaque le derme, ce qu'il était important d'éviter chez ce jeune homme, M. Nélaton jugea opportun de donner un jour de repos au malade, quoiqu'il restât encore une petite portion du produit morbide à détruire.

Le surlendemain, introduction d'un nouveau fragment de caustique en tout semblable au premier, avec recommandation à l'interne de service d'enlever ce fragment dans la soirée, si le malade accusait une trop vive douleur. Il n'en fut heureusement rien, et, le jour suivant, on put extraire les derniers vestiges du polype. Toutefois, pour éloigner les chances d'une récidive, M. Nélaton fit instiller pendant plusieurs jours dans l'oreille, une ou deux fois chaque jour, quelques gouttes du mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode....... | 1 partie. |
| Eau distillée....... ... | 2 parties. |

Le quatorzième jour à dater de la première cautérisation, l'écoulement était insignifiant, et le conduit auditif perméable et intact dans toute son étendue. (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, juin 1860.)

## VARIÉTÉS.

### ENQUÊTE SUR LA VALEUR DES JAMBES ARTIFICIELLES DESTINÉES AUX AMPUTATIONS SUS-MALLÉOLAIRES (1).

Lettre à M. le docteur Michaux, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Louvain, par le docteur Debout.

Ouvrières.

Voici maintenant deux exemples de femmes qui ont bénéficié également des progrès de la prothèse. La première était domestique en province; par le fait de sa mutilation, son état était perdu; quelle est la famille qui accepterait à son service une femme marchant avec un pilon? Elle vient à Paris, se fait fabriquer une jambe artificielle et reprend ses occupations premières. Il en est de même de la seconde qui était ouvrière en chaussures. La classe pauvre est, en général, peu indulgente ; les mutilés porteurs de jambe de bois sont souvent l'objet de moqueries, aussi je n'ai pu voir dans aucun atelier de Paris un seul ouvrier faisant usage du modeste pilon.

Obs. XI. Adélaïde Haugier, âgée de vingt-deux ans, à la suite d'une contusion du pied, voit se former une carie du calcanéum et de l'astragale. Après plusieurs tentatives inutiles de guérison, M. Loreau est forcé de procéder à une amputation sus-malléolaire; guérie, cette fille fait usage d'une jambe de bois, et, se voyant repoussée, elle vient à Paris en 1835, pour échanger son pilon contre une jambe artificielle. Elle entre alors comme femme de charge chez M. Ferdinand Martin. C'est sur cette amputée que le sagace orthopédiste a jugé la valeur pratique des modifications qu'il a introduites dans la construction de son premier modèle de jambes. L'appareil qu'elle vient de quitter lui servait depuis dix-huit années. Cette longue durée est moins étonnante dans ce cas que dans celui de Viet (Obs. VI), puisque cette femme travaille assise, et qu'elle pouvait faire réparer son appareil aussitôt qu'il en avait besoin.

Obs. XII. *Ouvrière en chaussures amputée au-dessus des malléoles en* 1835. — *Depuis cette époque, elle fait usage d'un membre artificiel prenant point d'appui à la cuisse.*— Joséphine Benoît, âgée de vingt-sept ans, entre à l'hô-

(1) Suite. — Voir les livraisons précédentes, p. 472 et 522.

pital Beaujon, en 1835, pour une carie des os du pied. Blandin lui pratique l'amputation sus-malléolaire le 14 octobre; la cicatrisation était complète le vingt-cinquième jour, et la malade se promenait dans les salles. Lors de sa sortie de l'hôpital, on lui fournit un membre artificiel de M. Ferdinand Martin Comme c'était le premier essai que Blandin tentait, et de l'amputation à la partie inférieure de la jambe et d'un membre artificiel, il chargea ses internes, MM: Diday et Gariel, de suivre cette observation, et ils s'en acquittèrent avec un grand zèle. L'un d'eux nous a raconté qu'un jour de grandes eaux à Versailles, il avait rencontré cette jeune fille qui venait, en compagnie de sa famille, visiter le musée. Curieux d'étudier la manière dont elle marchait, il l'accompagna et la vit, après avoir parcouru toutes les salles du musée, se rendre aux Trianons, et tout cela sans qu'elle accusât de fatigue. On m'a assuré encore qu'elle était revenue un jour, à pied, de Charenton à Paris. M. Gariel, qui habite la Chaussée-d'Antin, la rencontrait souvent le matin, vers sept heures, car chaque jour elle descendait des Batignolles pour venir à son atelier, situé sur le boulevard des Italiens. Je trouve dans les renseignements de M. Diday le passage suivant : « La marche de cette jeune fille n'avait rien d'inégal; aucune claudication, aucun balancement choquant; seulement, elle avait dans l'allure une certaine lenteur, laquelle pourrait bien s'expliquer par la nécessité bien signalée dans votre lettre de réemboîter à chaque pas la partie de l'appareil arc-boutant sur l'ischion. » Depuis huit ans, cette femme s'est mariée et se borne aux soins de son ménage.

En choisissant mes exemples parmi les ouvriers porteurs de jambes artificielles, j'ai voulu vous fournir des preuves irrécusables de la valeur des appareils livrés par nos fabricants. A ce titre, vous ne récuserez pas le fait fourni par un officier de marine. L'activité réclamée par ces fonctions, surtout lorsque les officiers ne sont encore qu'au début de leur carrière, égale, si elle ne surpasse celle commandée par l'exercice de beaucoup de professions manuelles.

Obs. XIII. *Enseigne de vaisseau amputé il y a vingt-deux ans et ayant poursuivi sa carrière de la manière la plus active.* — M. M***, aujourd'hui capitaine de vaisseau, était embarqué comme enseigne sur la frégate *la Néréide*, à l'attaque de la Vera-Cruz. Le 5 décembre 1838, jour du débarquement, il reçut une balle, qui lui fractura la malléole interne et pénétra dans l'articulation, où elle se perdit. Il fut amputé le 8 par M. Gratteau, chirurgien-major du vaisseau-hôpital; l'opération ne fut suivie d'aucun accident, et, le quatorzième jour, la cicatrisation était complète, M. M*** fit provisoirement usage du pilon; quinze mois après, il venait à Paris se faire faire une jambe artificielle par M. Ferdinand Martin. Agé de vingt-sept ans, il ne tarda pas à tirer un si bon parti de son appareil qu'il put continuer sa carrière, et d'une manière assez active pour que son avancement n'en souffrit aucunement.

Voici, à l'égard de son appareil prothétique, les renseignements qui me sont fournis par M. le docteur Rochard, chirurgien en chef de la marine au port de Brest : « Depuis cette époque, M. M*** a toujours fait usage de la jambe Ferdinand Martin. Dans le principe, il eut de la peine à s'y habituer, et j'ai eu l'occasion de lui donner des soins pour quelques petites ulcérations déterminées par le point d'appui au bassin. Je l'ai entendu depuis se plaindre à diverses reprises de la gêne de sa jambe artificielle; mais en résumé, depuis bientôt vingt-deux ans, il marche avec une telle aisance qu'on ne peut s'apercevoir de son infirmité. Sa démarche ressemble à celle d'une personne gênée par sa chaussure. Il a continué à naviguer avec une grande activité. Il vient notam-

ment de faire une campagne de trois ans, pendant lesquels il n'a pas suspendu un instant son service; et pendant cette longue période, son appareil ne s'est pas détraqué. Il saute dans une embarcation et monte à bord comme le premier venu. Je me souviens même de l'avoir vu en 1848, dans un moment de précipitation, s'élancer du rebord d'une fenêtre assez élevée, sur lequel il se tenait debout, et sauter sur le parquet, sans que cette imprudence lui ait causé la moindre douleur, ni dérangé son membre artificiel. » (Lettre du 1er juin 1860.)

AMPUTÉS DES DEUX JAMBES.

Je n'ai pas à faire votre conviction à l'égard de la possibilité qu'ont les amputés des deux jambes, lorsque l'opération a été faite à la partie inférieure des membres, de faire usage d'appareils prothétiques prenant leur point d'appui au bassin. Vous en avez présenté un bel exemple à votre Académie de Belgique en 1844. Permettez-moi de le signaler à nos confrères, afin de compléter mon enquête.

OBS. XIV. N. Goëns, âgé de vingt-cinq ans, entre en 1843 à l'hôpital Saint-Pierre de Louvain pour une gangrène des deux pieds provoquée par l'immersion de ces parties dans de la lessive chaude. Quelques semaines plus tard, le 8 décembre, une double amputation sus-malléolaire lui est pratiquée par le professeur Michaux. Lorsque les plaies des moignons sont cicatrisées, l'hôpital fournit à cet intéressant mutilé deux appareils construits par M. Bonnels aîné, fabricant à Bruxelles, sur le modèle de M. Ferd. Martin.

Dans une lettre de Goëns, datée du 14 juin 1860, cet homme dit qu'il a fait usage de ses membres artificiels pendant environ quinze années, et, lorsqu'ils ont été hors de service, il s'est ingénié, dans une pensée d'économie, de se faire faire une paire de bottines à tuteurs, prenant leur point d'appui au-dessous du genou, autour des condyles du tibia. Les pieds de ces appareils, fabriqués avec un bois léger, ne sont pas mobiles à leur point de jonction avec la jambe : c'est donc la bottine de Van Sollingen, ou la partie inférieure de la jambe de Verduin (fig. 2).

Ce mutilé marche avec ses deux bottines. Le mouvement des articulations tiblo-tarsiennes est moins indispensable pour la progression que celui des articulations des genoux ; mais comment marche Goëns, et quelle distance peut-il parcourir? ce sont des points qu'il vous reste à trancher.

Cet homme n'est pas le premier qui ait réussi à marcher avec de simples bottines; toutefois, le nombre des mutilés qui ont pu y parvenir est peu considérable, car sous l'influence du tiraillement des téguments, la cicatrice des moignons ne tarde pas à s'ulcérer ou à devenir douloureuse; aussi ce modèle d'appareil ne figure-t-il que dans notre arsenal médico-chirurgical.

Goëns, exerçant le métier de tailleur, passe la plus grande partie de ses journées assis, ce qui explique d'abord la longue durée de ses membres artificiels, puis la possibilité où il est de faire usage d'appareils réduits à la partie jambière, c'est-à-dire de bottines.

Votre opéré était un jeune homme lorsqu'il a commencé à se servir de ses jambes artificielles; il n'en est pas de même dans le cas suivant :

OBS. XV. M. M*** était capitaine dans l'armée française à la bataille d'Eylau. Vers la fin de l'action, un boulet lui brole les deux pieds. On le laisse sur le champ de bataille. Il est fait prisonnier, et, le soir même, un chirurgien anglais lui pratique une double amputation sus-malléolaire. Guéri, il marcha

longtemps sur les genoux. Le choc des pilons finit par déterminer des ulcérations de la région rotulienne. Ces accidents se reproduisant, il accepte en 1839 la proposition de M. Ferdinand Martin, de le faire marcher avec deux jambes artificielles. Quoique âgé de cinquante-cinq ans, il s'habitua assez promptement à tirer un bon parti de ces appareils; aussi M. le professeur Velpeau a-t-il cru devoir le présenter à notre Académie de médecine. M. M*** habitait alors Saint-Germain et allait, chaque jour, faire sa promenade sur la terrasse bien connue de cette ville. Depuis, il s'est retiré dans un village voisin; et, malgré ses soixante-seize ans, il continue à se servir de ses deux jambes artificielles.

Tels sont les faits principaux que mon enquête m'a fournis, en ce qui concerne le modèle de jambe prenant son point d'appui au bassin. Si peu nombreux qu'ils soient encore, ils ne permettent pas d'émettre désormais un doute sur les services rendus par la prothèse aux mutilés forcés d'exercer un état pour vivre. Par conséquent, on ne sera plus autorisé, sous le prétexte de leur être utile, à leur faire courir un plus grand danger en les amputant au lieu d'élection, lorsqu'il sera possible de leur pratiquer l'opération à la partie inférieure de la jambe.

Je dis plus, c'est que les prolétaires sont les plus intéressés aux progrès de cette partie de la prothèse. Dans notre vie de société, on repousse tout ce qui inspire dégoût ou pitié. N'avez-vous pas vu, au nombre des faits que je vous ai rapportés, un garçon coiffeur et une domestique, ne trouvant plus d'emploi dès qu'ils sont réduits à l'usage du pilon, et reprenant leur état dès qu'il furent en possession d'une jambe artificielle?

En voici un nouvel exemple : l'amiral Lainé avait un valet de chambre auquel il tenait beaucoup. Cet homme dut subir l'amputation du poignet et ne put rentrer dans sa place. Il acheta un fond d'hôtel garni et y mangea toutes ses économies. Heureusement pour lui, pendant ce laps de temps, il s'était fait fabriquer une main artificielle par Van Peeterssen. L'amiral, témoin de la manière adroite dont cet homme se servait de sa main, l'a repris à son service. Plus de dix années se sont écoulées depuis qu'il est rentré dans ses fonctions de valet de chambre.

---

Le concours pour deux places de médecin du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Lorrain et Millard.

---

Le dernier concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris a donné les résultats suivants : ont été nommés : pour la chirurgie, MM. Bauchet, Dolbeau, Houël; pour les accouchements, M. Tarnier.

---

M. le ministre de l'instruction publique vient de déclarer la vacance de la chaire de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier; une double liste de présentations a été demandée à la Faculté et au Conseil académique.

---

M. le professeur A. Pouzin, directeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Montpellier, a succombé aux suites d'une longue et douloureuse maladie.

---

M. le docteur Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive-Vichy, est nommé président de l'association des médecins de l'Allier, et M. le docteur Barilleau, directeur de l'Ecole de médecine de Poi[illegible] recteur de l'association des médecins de la Vienne.

---

Nos honorables confrères de l'armée de terre qui, l'an dernier, avaient vu leur position s'améliorer sous le point de vue matériel, viennent enfin de voir se réaliser leurs vœux les plus ardents. Un décret impérial assimile les grades des deux sections du corps de santé militaire ainsi qu'il suit : inspecteur, général de brigade ; — médecin principal de 1re classe, colonel ; — médecin principal de 2e classe, lieutenant-colonel ; — médecin-major de 1re classe, chef de bataillon ; — médecin-major de 2e classe, capitaine ; — médecin aide-major de 1re classe, lieutenant ; — médecin aide-major de 2e classe, sous-lieutenant.

---

La Société de chirurgie vient de perdre un de ses membres les plus distingués, M. le docteur Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker. Dans la dernière séance, après avoir entendu le discours prononcé par M. Marjolin aux obsèques de M. Lenoir, la Société a levé sa séance en signe de deuil.

---

M. Faivre, membre de la Société de médecine de Lyon, ancien chef de clinique médicale, et M. Blondet, chef de clinique en exercice, viennent d'être nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la suite d'un brillant concours.

---

M. le docteur Lemarchand est mort à Landerneau (Finistère), des suites d'une piqûre anatomique qu'il s'était faite en pansant un cancéreux.

---

La Société de pharmacie, dont tous les efforts sont dirigés vers le but de relever la profession, a pris l'heureuse décision qu'un prix de 300 francs serait décerné au candidat qui soutiendrait la meilleure thèse devant l'Ecole de pharmacie.

---

Le corps médical est représenté au Parlement du nouveau royaume d'Italie par douze députés médecins, et parmi eux le ministre Farini, ex-gouverneur de l'Emilie ; deux des principaux représentants de la médecine italienne, les professeurs Panizza (de Pavie), et Bufalini (de Florence), ont été nommés sénateurs.

---

M. le docteur Macario vient de recevoir une médaille d'or de la Société médicale de Bruges, pour un mémoire qu'il lui avait envoyé sur le traitement des fièvres intermittentes et de la cachexie paludéenne. La Société a décerné en outre à notre confrère le titre de membre correspondant

---

Nous apprenons avec douleur la mort si inattendue de M. le docteur L. Saurel, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier. Ce distingué et laborieux confrère avait reçu, il y a plusieurs années, des mains de M. le professeur Fuster, la direction de la *Revue thérapeutique du Midi*, qu'il rédigea avec talent, jusqu'au moment où ce journal vint se fondre dans une publication bien plus importante, le *Montpellier médical*.

---

Puisque nous parlons du *Montpellier médical*, nous devons réparer une omission que nous avons commise à son égard ; nous avons oublié de dire que la leçon de M. le professeur Courty, sur l'ablation des loupes sans opération, que nous avons reproduite dans notre dernier numéro, était empruntée à ce puissant [illegible]nt de la Faculté de Montpellier.

---

[illegible]ticles non signés [illegible] E. DEBOUT

# TABLE DES MATIÈRES

## DU CINQUANTE-HUITIÈME VOLUME.

### A.



### B.

D.



E.

G.



H.



I.



J.

T.

FIN DE LA TABLE DU TOME CINQUANTE-HUITIÈME.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD DES BATIGNOLLES, 7.